

CRISE E URGÊNCIA

EM SAÚDE MENTAL

Módulo 2

Fundamentos da Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Universidade Aberta do Sistema Único de saúde (UNA-SUS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

Diretor do Centro de Ciências da Saúde Sérgio Fernando Torres de Freitas

Chefe do Departamento de Enfermagem Maria Itayra Padilha

EQUIPE DO CURSO NA UFSC

Coordenação Geral do Projeto e do Curso Maria Terezinha Zeferino

Assessoria Pedagógica Maria do Horto Fontoura Cartana

Supervisor de Tutoria e conteudista de referência Marcelo Brandt Fialho

Apoio ao AVEA Jader Darney Espíndola

Secretaria Viviane dos Santos

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Cristoph Boteri Surjus

Daniel Márcio Pinheiro de Lima

Felipe Farias da Silva

Jaqueline Tavares de Assis

Karine Dutra Ferreira da Cruz

Keyla Kikushi

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Mauro Pioli Rehbein

Mônica Diniz Durães

Roberto Tykanori Kinoshita

Thais Soboslai

ORGANIZADORES DO MÓDULO

Maria Terezinha Zeferino - UFSC

Jeferson Rodrigues - UFSC

Jaqueline Tavares de Assis - MS

REVISORES

Kátia Cilene Godinho Bertoncele - UFSC

Karine Dutra Ferreira da Cruz - MS

Maria Gabriela Curubeto Godoy - MS

AUTORES DO MÓDULO

Unidade 1: Marcelo Brandt Fialho

Anexo: Antonio Lancetti

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral Eleonora Milano Falcão Vieira

Coordenação de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Márcia Melo Bortolato

Revisão Textual e ABNT Kátia Cristina dos Santos, Marisa Monticelli, Wemylinn Andrade

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Fabrício Sawczen

Ajustes edição 4 Francielli Schuelter

CRISE E URGÊNCIA

EM SAÚDE MENTAL

MÓDULO 2

FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Z44c Zeferino, Maria Terezinha.
Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2015.
101 p.

ISBN: 978-85-8328-020-0

1. Saúde Mental. 2. Crise. 3. Urgência. I. Rodrigues, Jeferson. II. Assis, Jaqueline Tavares de. III. Título.

CARTA AO ESTUDANTE

Seja bem-vindo ao segundo módulo do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental.

Saiba que você é um potente agente de transformação e, para potencializá-lo ainda mais, é necessário conceber e utilizar o conhecimento a ser desenvolvido nesse módulo. O tema abordado contextualizará historicamente a atenção à crise, a maneira como o conceito de crise se manifesta na teoria e buscaremos diferenciar as concepções de crise e urgência em saúde mental.

Esse tema é relevante porque a trajetória histórica da crise e urgência em saúde mental é o fundamento para a compreensão de como a prática profissional reproduz várias concepções e de diferentes épocas. Salientamos também que a reflexão crítica da construção social em torno da crise permite a você desmitificar o quanto essa situação complexa, singular e cheia de sentidos pode mudar a realidade profissional.

Nesse sentido, convidamos você a se inspirar e a se sentir um copartícipe dos conteúdos a serem apresentados pois, certamente, muito do que você vai ler adiante, vivencia ou poderá vivenciar em sua prática de uma nova forma e, quiçá, transformá-la.

Boas vindas!

OBJETIVO GERAL DO MÓDULO

Compreender o contexto histórico, epistemológico e social da atenção à crise e urgência em saúde mental, fazendo a diferenciação entre elas.

CARGA HORÁRIA DO MÓDULO

30 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 - CONTEXTOS HISTÓRICOS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS DA CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL11

1.1 Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental	11
1.1.1 A noção de paradigma	13
1.1.2 O processo de construção histórica da loucura	14
1.1.3 Os movimentos mundiais de reforma	17
1.1.4 A reforma no Brasil	22
1.2 O que é crise e o que é urgência?	25
1.2.1 Urgência e Emergência: conceitos	25
1.2.2 Emergências psiquiátricas	26
1.2.3 A “realidade” dos serviços de urgência	27
1.2.4 Níveis de urgência	29
1.2.5 Urgência e crise: as diferenças necessárias e os consensos possíveis	30
1.3 Ampliando o conceito de Crise e Urgência em saúde mental	35
1.3.1 Crise como conceito polissêmico	35
1.3.2 O sentido tradicional da crise	36
1.3.3 A visão sistêmica da crise	38
1.3.4 Crise como possibilidade de mudança	39
1.4 Conceito de Crise focado no contexto do sujeito	41
1.4.1 As tensões entre clínica e política	41
1.4.2 Clínica do sujeito	43
1.4.3 A produção do cuidado	44
1.4.4 A rede social	46

1.5 Crise, urgência e relações de poder.....	48
1.6 Os trabalhadores e o manejo/cuidado nas situações de crise e urgência em saúde mental.....	51
1.6.1 Trabalhar em saúde é trabalhar em rede	51
1.6.2 Os desafios da estruturação das redes.....	53
Resumo do módulo	55
Leitura complementar.....	56
Referências	57

ENCERRAMENTO DO MÓDULO.....	68
AUTOR.....	69
ORGANIZADORES.....	70

ANEXO - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS 73

Introdução.....	73
1.1 Reformas psiquiátricas.....	73
1.1.1 A passagem ao Território e a emergência do conceito de Rede Substitutiva: a Psiquiatria Democrática e as experiências brasileiras ...	78
1.1.2 Experiências de cuidar da crise no território na perspectiva da Reforma Psiquiátrica	82
1.2 Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas	89
1.2.1 Saúde Mental como Política de Estado.....	90
Considerações finais.....	97
Referências	98

Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental

01

Autor:

Marcelo Brandt Fialho



UNIDADE 1 - CONTEXTOS HISTÓRICOS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS DA CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Objetivo: Compreender o contexto histórico, epistemológico e social da atenção à crise e urgência em saúde mental, fazendo a diferenciação entre elas.

Carga horária: 30 horas.

1.1 CONTEXTOS HISTÓRICOS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS DA CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Muito já se avançou nesses últimos anos no Brasil em relação ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se cada vez mais evidente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Para isso, o caminho apontado foi a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) no país. Essas são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Como um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Seu objetivo é explicitar a necessária composição entre os diversos pontos de atenção, agregados em diferentes componentes que, contando com um leque ampliado de possibilidades e tecnologias de cuidado, podem fazer frente à complexidade da demanda que se expressa e deve ser compreendida de modo psicossocial.

O cuidado em saúde mental, conforme proposto pelo ideário do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, dialoga com esses mesmos princípios: noção de território, organização da atenção em rede, intersectorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), por sua vez, foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando, assim, a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

A construção conjunta de novas formas de cuidado em saúde mental na atenção às crises e/ou urgências ocupa posição estratégica na consolidação de ações, dispositivos e serviços que garantam a integralidade dessa atenção, bem como sustentam os princípios da Reforma Psiquiátrica. O trabalho em rede assume o propósito e a responsabilidade de articular os diferentes atores e instituições para a criação e o acompanhamento dos projetos terapêuticos de cada usuário, na sua singularidade e, ao mesmo tempo, na amplitude de suas necessidades de saúde.

O resgate da construção histórica sobre os fenômenos que hoje chamamos de transtorno mental ou de sofrimento psíquico, que carregam a complexidade dos processos de subjetivação sobre a loucura, ao longo de séculos, aponta para a necessidade de compreensão desses fenômenos em uma lógica psicossocial.

No momento atual, especialmente, a questão do consumo de álcool e outras drogas tem reatualizado o modelo de exclusão social e de práticas asilares, impondo ao campo da saúde mental a necessidade de construção de respostas consoantes aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A problematização sobre os conceitos de Urgência, Emergência e Crise tem potencial para disparar processos de discussão que permitam consensos possíveis, ainda que provisórios, entre campos diversos e atravessados por paradigmas distintos, por vezes, antagônicos.

Ressignificar a atenção às crises para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em disponibilizar-se a atuar em redes substitutivas ao modelo asilar, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas.

1.1.1 A noção de paradigma

A criação do conceito de Paradigma Científico ampliou consideravelmente a visão sobre a evolução da ciência, mostrando que os momentos de maiores progressos não são os que resultam de movimentos de continuidade, mas sim, de ruptura. Na concepção de um determinado paradigma, uma comunidade científica produz hipóteses, ideias, explicações, e sugere práticas, tendo como referência um conjunto de teorias, princípios e argumentos que se sustentam reciprocamente. Em determinado momento histórico, no entanto, o paradigma dominante é substituído por outro que se mostra mais eficiente na resolução da maioria dos problemas abordados pelo anterior, além de permitir a solução de novos problemas (KUHN, 1962).

Com sua popularização, o termo Paradigma vem tendo seu uso multiplicado, e não é incomum que, atualmente, seja utilizado tanto para expressar o conjunto de teorias, conceitos e ideias científicas que dão suporte a determinadas práticas, quanto para delimitar diferentes campos de visões sobre um mesmo assunto (FARIA et al., 2008).

Durante a leitura deste módulo você vai perceber que os conceitos utilizados e, conseqüentemente, suas aplicações, derivam de diferentes paradigmas que coexistem no campo da saúde mental. Essas diferentes visões, algumas vezes complementares, e outras, claramente antagônicas, podem gerar confusão. Nesse sentido, como norte para uma prática de saúde que garanta a produção do cuidado que acreditamos, é fundamental, além do conhecimento técnico, um compromisso ético-estético-político, como propõe Guatarri (1992), e que, analisado sob a perspectiva do cuidado em saúde, é assim descrito na Política Nacional de Humanização:

[...] Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008, p. 62).

1.1.2 O processo de construção histórica da loucura

O conceito de Loucura e suas diversas propostas de abordagem foram construídos histórica e socialmente ao longo de séculos (FOUCAULT, 1978). Na Antiguidade, predominavam as explicações sobre a interferência de entidades sobrenaturais sobre a razão humana. No período hipocrático, a interpretação das alterações mentais e comportamentais foi atrelada a uma compreensão de caráter naturalista, em que as causas eram

atribuídas a mudanças nos diferentes humores do corpo humano (sangue, linfa, bÍlis amarela e bÍlis negra). A Idade Média trouxe novamente a associação da loucura com fenômenos sobrenaturais, as possessões demoníacas, que deveriam ser abordadas através de exorcismos e penitências. É no século XVIII, com o declínio dos ofícios artesanais, graças à nascente sociedade industrial, que os núcleos urbanos passam a agregar pessoas sem um lugar nesta nova ordem social. As ruas ficam repletas de indivíduos incapazes ou indiferentes ao trabalho nas fábricas, que se tornam incômodos. Incluem-se nessa categoria desocupados, mendigos, vagabundos e loucos. Surgiram, então, medidas higienistas de “limpeza” das ruas, através do recolhimento dos indesejáveis em casas de correção e hospitais.

Esses hospitais, em sua maioria ligados a instituições religiosas, voltavam-se mais para a salvação das almas do que para o cuidado dos corpos, mas, com o tempo, passam a fazer parte do interesse médico. A loucura, aos poucos, adquire o *status* de doença mental, enfermidade que privava seu portador de distinguir entre o bem e o mal. Consolidase, a partir de então, a ideia de que o indivíduo deveria submeter-se a tratamentos que visavam sua reeducação pedagógica, afastado do convívio familiar e das influências sociais. É nesse contexto que o hospital passa a ser o local de observação e de “cura” do alienado (SILVA; ZANELLO, 2010).

- **A herança kraepeliniana**

No final do século XIX, Kraepelin apresenta sua contribuição à psiquiatria construindo um sistema de classificação que dispõe a doença mental em **unidades nosológicas**¹, constituídas através de descrições detalhadas

¹ Nosologia é a disciplina cujo objetivo consiste em realizar uma descrição exhaustiva das doenças a fim de distingui-las entre si e classificá-las.

de sintomas. Esse sistema lhe permitiu identificar diferentes quadros psicopatológicos, que antes eram reunidos sob a denominação de demência precoce e que, associado à contribuição do trabalho de Paul Eugen Bleuler, passa a ser conhecido como esquizofrenia.

O mesmo processo ocorre com os quadros denominados como mania e melancolia que, alternados ou isoladamente, vieram a ser identificados, respectivamente, como psicose maníaco-depressiva e episódio depressivo grave. A partir de então, estabelece-se uma sistemática classificatória das doenças mentais que combinará “a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos, entre outros” (AMARANTE, 2008, p. 58).

É importante salientar que esse enfoque, predominantemente descritivo, permanece como a base dos sistemas classificatórios atuais como o manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a parte psiquiátrica da Classificação Internacional das Doenças (CID).

- **O advento da psicanálise**

Segundo Alexander e Selesnick (1966), o impacto do papel patogênico da proposta freudiana sobre a estrutura da mente e seu componente inconsciente revolucionam a psiquiatria kraepeliniana, instituindo uma nova tendência na área: a psiquiatria dinâmica.

O prestígio do pensamento freudiano, associado à falta de perspectivas terapêuticas da psiquiatria de então, constituíram-se em fatores para a aproximação de muitos profissionais com a psicanálise. Ainda que a prática psicanalítica estivesse, nos seus primórdios, muito mais próxima dos consultórios privados do que dos manicômios, a incompatibilidade entre suas concepções humanísticas e as práticas manicômiais provocava uma inevitável perplexidade. No entanto, esses avanços não atingiram a vertente hegemônica da psiquiatria, que manteria distância da influência da psicanálise e continuaria

desenvolvendo o legado kraepeliano e a herança manicomial (EY; BRISSET; BERNARD, 1969).

1.1.3 Os movimentos mundiais de reforma

No período pós-Segunda Guerra, a incômoda semelhança dos manicômios com os horrores praticados nos campos de concentração nazistas mostra-se incompatível com os projetos de reconstrução europeus. Além disso, um grande número de jovens havia sobrevivido à guerra com graves danos psíquicos. Esse é o campo fértil para o despontar de novos paradigmas no cenário mundial, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico e buscando transformações nos conceitos e nas formas de lidar com a loucura. Diferentes países buscaram redirecionar suas políticas de atenção à saúde mental, investindo na substituição de hospitais por ações e serviços comunitários.

- **A contribuição francesa**

A expressão psicoterapia institucional tem sua origem marcada por uma nova modalidade de tratamento centrada no questionamento da instituição psiquiátrica enquanto lugar de exclusão e de verticalidade das relações médico-paciente. Seu objetivo era criar instrumentos para restabelecer o coletivo dos pacientes, possibilitando a abertura de novos espaços para trocas e experiências. Buscava estabelecer dentro do hospital um campo coletivo, a fim de ajudar os pacientes a refazer seus laços com as pessoas e com as coisas: ateliês de artes, festas, reuniões.

Para Desviat (1999), a psicoterapia institucional vai constituir o fundamento teórico da política francesa de setor e busca não a extinção do manicômio, mas sua ressignificação, no intuito de preservá-lo. Nos anos 50, a partir da psicoterapia institucional, é que surge na França o que veio a ser chamado de psiquiatria de setor. Experiência de planificação nacional e de racionalização administrativa na atenção às

pessoas com transtornos mentais desloca o eixo da atenção para fora do hospital. Estabelece a territorialização geográfica da assistência, ou seja, o setor e serviços comunitários como pensões protegidas, oficinas e clubes terapêuticos.

Passos (2009) aponta, entretanto, que uma característica da psiquiatria francesa era a supervalorização da clínica em detrimento da dimensão política dessa prática. Na visão da autora, o modelo francês pouco contribuiu com a criação de alternativas à psiquiatria farmacoclínica tradicional.

- **As experiências inglesas**

Contemporâneo à psicoterapia institucional, o movimento das comunidades terapêuticas foi iniciado na Inglaterra e consagrado por Maxwell Jones. Propunha, por intermédio de grupos diversos (profissionais, pacientes e família) envolverem todos os atores no processo terapêutico, ou seja, tornar os pacientes sujeitos nesta troca de experiências. Segundo o autor:

[...] a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens da comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de aprendizagem ao vivo (JONES apud AMARANTE, 1995, p.29).

É importante salientar que esse modelo difere sobremaneira das instituições homônimas que, nos últimos anos, vêm proliferando no país e que se propõem a tratar das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas com foco em princípios religiosos e dentro de uma lógica asilar.

Nos anos sessenta do século XX, surge um importante movimento de crítica ao sistema asilar que receberia a denominação de antipsiquiatria, tendo o termo sido utilizado pela primeira vez por Cooper (1967). A antipsiquiatria corresponde a um movimento no qual se questiona a validade da psiquiatria como metodologia científica de tratamento da doença mental. Seus proponentes buscam questionar epistemologicamente a disciplina psiquiátrica como forma de saber centrada numa lógica causal e analítico-empírica, e, por isso, não competente para tratar da questão loucura, eminentemente subjetiva e não circunscrita ao âmbito objetivo da realidade.

Bosseur (1976) ressalta o teor epistemológico da crítica ao modelo de ciências naturais, especialmente quanto à postura objetivante do psiquiatra. O movimento busca, com novas perspectivas acadêmicas (como por exemplo, a fenomenologia e o existencialismo), o fundamento teórico para criticar o conhecimento psiquiátrico, identificado como mais uma forma de discurso de dominação. Assim, conforme Foucault (1979), a antipsiquiatria tem por fundamento o questionamento do saber/poder do médico em proferir a verdade sobre a loucura.

- **A “Teoria da crise”**

O original trabalho de Lindemann e de seus colegas do Hospital Geral de Massachussets com as pessoas envolvidas no **incêndio da boate**² *Coconut Grove* em Boston veio a introduzir novos conceitos sobre as reações a situações de crise e propostas de intervenções, baseados nas reações agudas e tardias dos sobreviventes do incêndio e dos familiares das vítimas (ANDERSON, 2006).

² Boston, EUA - 28 de novembro de 1942: o fogo, que ocasionou a morte de 492 pessoas, começou pouco depois das 10h15min na boate *Coconut Grove*. Outras centenas ficaram feridas. Esta é, até hoje, a maior tragédia causada por um incêndio em uma boate, nos Estados Unidos (ANDERSON, 2006).

Lindemann (1944) observou que o sofrimento apresentado era uma reação normal à uma situação angustiante e observou que tal reação

3 Se as origens da teoria da crise são atribuídas a Lindemann, foi o trabalho de Gerald Caplan e de seus colegas da Universidade de Harvard que providenciaram as bases para o desenvolvimento da teoria e da prática da intervenção em crise.

apresentava algumas características que pareciam formar uma síndrome distinta, composta pelos seguintes sintomas: a) angústia somática, b) preocupação com a imagem do falecido, c) culpa, d) reações hostis e e) mudança nos padrões de comportamento. Algumas vezes, as pessoas que experimentam a crise podem ter reações de luto distorcidas ou

atrasadas. Ele também afirmou que o processo de luto inclui conseguir emancipação do falecido, reorganização do ambiente e formação de novos relacionamentos. Sua contribuição tem sido considerada o ponto de partida para o desenvolvimento de uma **Teoria da crise**³.

• Caplan e a psiquiatria preventiva

Para Caplan (1980), a crise tanto pode significar oportunidade para crescimento quanto representar vulnerabilidade para doenças mentais na deficiência de recursos psíquicos. O autor utiliza a noção de homeostase psicológica e estabilidade social e indica os seguintes estágios no desenvolvimento da crise: a) elevação de *stress* decorrente de problemas que estimulam os recursos ou respostas em prol da homeostase, b) ineficiência de respostas e persistência do problema, c) mobilização de mais recursos podendo levar à resignação, à aceitação ou à adaptação, diminuindo o problema e d) em caso negativo, persistindo o nível de tensão há eclosão da crise.

O trabalho de Erikson sobre crises evolutivas e acidentais também tem influência sobre Caplan (DESVIAT, 1999). Baseado na psicologia do desenvolvimento e compreendendo a formação da personalidade não só a partir de estágios psicosssexuais, mas com ênfase na interação social, Erikson (1963) defende que o indivíduo ao atravessar as fases de vida é confrontado com desafios, que chama de crises normativas da personalidade. O autor faz a diferenciação ainda das crises de desenvolvimento (mais reversíveis), das crises impostas, traumáticas, neuróticas e psicóticas (que tendem a perpetuar-se por meio de um

gasto de energia psíquica defensiva e por um crescente processo de isolamento social).

Rapaport (1959) enfatiza que na Teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson as relações interpessoais e a realidade social são fundamentais, exigindo mutualidade, isto é, a coordenação necessária entre o ser em crescimento e seu ambiente social.

Nos moldes da medicina preventiva, Caplan propõe que a atenção à doença mental deve extrapolar os muros do hospital e ganhar a comunidade e, dessa forma, além de tratamento, os serviços deveriam incluir a profilaxia (identificando precocemente os indivíduos com maior propensão para desenvolver doenças), estabelecer diagnósticos precoces e trabalhar com a reabilitação social. Nessa perspectiva, a explicação dada como causa da doença mental foi fundamentada sobre a noção de crise. As crises seriam responsáveis por deixar o indivíduo suscetível ao adoecimento psíquico, já que pressupõem uma desorganização, que é o oposto do equilíbrio preconizado por essa concepção de saúde (CAPLAN, 1980).

Baseados nessa lógica, surgiram os primeiros serviços de urgência psiquiátrica com a finalidade primordial de adaptar o indivíduo desajustado, promovendo o atendimento no momento crítico, objetivando controlá-lo, para devolver ao sujeito o seu estado normalizado, prevenindo, assim, o agravamento da doença mental, as internações desnecessárias e os gastos financeiros associados (AMARANTE, 2003).

- **Psiquiatria democrática italiana**

Outros movimentos do período buscaram, também, colocar em questão o dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas, como exemplo, a experiência das cidades italianas de Gorizia e Trieste. Em um primeiro momento, Basaglia (1985) propôs a transformação do hospital de Gorizia em uma comunidade terapêutica. Com o passar

dos anos, consciente das limitações dessa modificação limitada ao interior do hospital, iniciou um percurso de denúncia das práticas tradicionais da psiquiatria que culminou com propostas de abolição da internação em hospitais psiquiátricos.

Para Basaglia, a psiquiatria sempre exerceu um saber/poder sobre a loucura através de uma relação de opressão e violência ao distanciar o louco do seu convívio social. Dessa forma, compreendia que as condições de medicalização da loucura estavam fundadas na caracterização do louco como marginal, doente e perigoso, justificando a sua exclusão social através do enclausuramento em instituições sob o domínio médico. Por isso teria sido preciso engenho, também, a organização dessas instituições de exclusão e de gerenciamento total dessa fonte de perigo e desordem social.

A proposta de Basaglia, segundo Amarante (2003), é por a doença mental entre parênteses, ou seja, não ocupar-se dela como conceito e construção psiquiátricos, mas sim ocupar-se de tudo o que se refere ao sujeito em sua existência.

1.1.4 A reforma no Brasil

No Brasil, o eco dessas transformações em nível mundial materializa-se, na segunda metade da década de 70, no movimento que passou a chamar-se de Reforma Psiquiátrica. As experiências nacionais de implantação do modelo de comunidades terapêuticas, inspiradas no modelo de Maxwell Jones, na Inglaterra dos anos 40, e a frustrada adaptação do modelo preventivista à realidade brasileira, foram seus precursores. A proposta local de transformação do modelo de atenção à saúde mental, no entanto, encontrou na experiência da Psiquiatria Democrática italiana sua maior inspiração e, ao invés dos conceitos de psiquiatria comunitária e preventiva, valorizou as ideias de atenção psicossocial e de território (TENÓRIO, 2002).

O paralelismo entre os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileiros, que estabeleceram os principais fundamentos das políticas de saúde no país, é evidenciado e discutido por diversos autores (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007). Dentre os principais pontos de convergência abordados, ressaltamos o avanço na compreensão do processo saúde-doença que, passa então, a ser atravessado pela complexidade das interações entre as dimensões biológica, psicológica e social.

• O marco legal

Nesta perspectiva, a **Lei nº 10.216⁴**, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas que consolidam o SUS, garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência e a integralidade do cuidado. Estabeleceu-se a descentralização do modelo de intervenção e atendimento, pois a legislação defende que a estruturação dos serviços seja próxima do convívio social dos usuários, configurando redes assistenciais comprometidas com as desigualdades sociais.

⁴ Essa Lei, que é fruto de uma luta histórica defendida por profissionais, políticos, associações de usuários e de familiares e movimentos sociais da área de saúde mental, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p.1).

O cuidado em saúde mental, conforme proposto pelo ideário da Reforma Psiquiátrica embasa-se, portanto, nos mesmos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde: noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera que, para a real reversão do modelo, é necessário que a atenção em saúde mental seja feita dentro de uma densa rede de cuidados de base territorial, comunitária e intersetorial, formada por diversos componentes, dentre

eles a atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e Cultura), atenção especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades), atenção às urgências e emergências (SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento, Emergências Hospitalares), atenção hospitalar (Leitos de Psiquiatria em Hospitais Gerais) e serviços de atenção com caráter residencial (Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos), articulados a estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Dessa forma, os esforços para superação do cuidado manicomial e excludente implicam na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos a essa prática, ainda hegemônica quando se considera a totalidade do país.

A despeito do avanço na implantação da RAPS no Brasil, a quantidade e o funcionamento de seus diversos componentes ainda é insuficiente para o atendimento satisfatório das necessidades da população.

Isso abrange a necessidade de ampliar a atenção às situações de crise e urgência, que assumem uma prioridade estratégica do processo de Reforma Psiquiátrica e a responsabilidade de funcionar como analisador dos processos da reforma no que tange a sua capacidade de resposta ao sofrimento mental e a sua consistência política.

Um processo que implica a construção de uma rede de atenção e reabilitação realmente substitutiva ao modelo manicomial, decerto, mas antes de tudo, convoca-nos a uma reconfiguração global das relações entre razão, civilização e loucura (SOUZA, 2008, p. 2).



Saiba Mais

A produção sobre a mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil é extensa e seu aprofundamento, ainda que de grande importância, extrapola os objetivos deste módulo.

Para acessar mais informações sobre o tema, sugerimos a leitura do texto:

Reformas Psiquiátricas e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: experiências e desafios, de Lancetti.

Confira no Anexo deste módulo.

1.2 O QUE É CRISE E O QUE É URGÊNCIA?

Nesta seção o propósito é entender as diferenças entre crise e urgência, para tanto apresentaremos os conceitos de Urgência e Emergência. Na sequência, abordaremos as emergências psiquiátricas, a “realidade” dos serviços de urgência, os níveis de urgência, chegando então às diferenças necessárias e os consensos possíveis de Urgência e Crise para, então, ampliar o conceito de Crise e Urgência em saúde mental. Esse temas nos levarão a discutir Crise como conceito polissêmico e o sentido tradicional da crise, sua visão sistêmica e a crise como possibilidade de mudança.

1.2.1 Urgência e Emergência: conceitos

As relações de aproximação entre os conceitos de urgência e de emergência mostram-se significativamente imprecisos, a ponto de levantar dúvidas quanto à definição de um significado com sentido comum e operante aos usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1451/95, define como Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência, por sua vez, seria a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

Assim, o emergencial está relacionado a algo que ocorre subitamente e o urgente com aquilo que tem premência. O contraste entre essas duas modalidades pode ser demarcado, sob certo ponto de vista, pelo tempo, em que a emergência exige uma intervenção mais rápida do que a urgência.

Em uma pesquisa em serviços de urgência, Paulon et al. (2012) identificam uma síntese nos discursos dos profissionais: rápido, efetivo e estabilizado. A função da emergência para os entrevistados é devolver a estabilidade das funções orgânicas ao corpo que está sendo assistido (reestabelecendo a homeostase corporal rompida). Todos os procedimentos devem ser feitos rapidamente, caso contrário, corre-se o risco de morte. Os autores assinalam, também, que esse risco (tão eminente – contribui para que outros aspectos primordiais do cuidado – como a produção de vínculo) sejam deixados de lado.

1.2.2 Emergências psiquiátricas

De forma análoga, a definição dos aspectos essenciais que caracterizam as manifestações psiquiátricas que podem ser categorizadas como emergência, assim como as especificidades dos serviços destinados a esse tipo de atendimento são de grande complexidade, havendo falta de concordância entre as diferentes conceituações e dificuldade de se estabelecer definições precisas (MUNIZZA et al., 1993).

Emergências psiquiátricas são definidas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou a de outros (FRIEDMANN; LESSER; AUERBACH, 1982).

Hillard (1994) propõe também que as emergências em psiquiatria não são função exclusiva de uma determinada alteração psicopatológica, mas também do sistema de serviços oferecidos por uma determinada região, na qual o indivíduo está inserido. Desta forma, o despreparo dos serviços de saúde, sociais ou judiciais existentes na comunidade em lidar com a complexidade do comportamento humano pode vir a gerar manifestações que passam a ser codificadas como “emergências psiquiátricas”.

Essas visões estão fortemente associadas a uma compreensão biomédica dos fenômenos psíquicos, e circunscrevem a percepção da crise a partir do reconhecimento de sua expressão como traço patológico, exacerbando assim a noção de periculosidade ligada à pessoa com transtorno mental no imaginário social, enfatizando-a de forma negativa e legitimando a separação entre crise e a vida global do sujeito (COSTA, 2008).

1.2.3 A “realidade” dos serviços de urgência

Giglio-Jacquemot (2005), em sua experiência com serviços de pronto atendimento, ressalta a dificuldade que os usuários enfrentam na tentativa de validar suas tentativas de acesso ao cuidado ao terem que enquadrar-se no que é ambivalentemente entendido como urgência/emergência com base no discurso biomédico. Ela ressalta que os critérios utilizados pelos trabalhadores desses serviços para qualificar a necessidade de rapidez nos atendimentos se apoiam em múltiplas determinações que obedecem a graus de hierarquização construídos pela experiência e tempo no serviço, quais sejam: a observação do

modo como chegam os usuários ao pronto socorro (andando, de ambulância, em carro do corpo de bombeiros), do grau de nervosismo/aflição identificado no pedido e no “poder de mobilização” do usuário e sua rede social.

Outra questão que a pesquisa da autora aponta é que, apesar das diferentes perspectivas que embasam avaliações do que seria urgência e emergência para os diferentes profissionais envolvidos, médicos e não médicos, elas convergem em alguns pontos, como:

- a priorização dos aspectos vitais dos pontos de vista biológicos e físicos em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais constitutivos dos processos vitais;
- a presteza maior no atendimento a usuários de classe social e nível cultural mais abastados;
- a importância da identificação dos que “fingem” ou estão “dizendo a verdade” sobre suas urgências; e
- o consenso de que se a dor ou o problema é antigo, “quem esperou tanto para acessar o serviço pode esperar mais”.

A autora destaca, assim, o descrédito generalizado das equipes a tudo que seja considerado *psicológico*, tanto o sofrimento físico quanto moral, fazendo notar a naturalização da não produção de vínculo e consequente desresponsabilização na integralidade do processo de produção de saúde.

Em contraposição, Le Coutour (1991) propõe um conceito ampliado de urgência, que difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, àquilo que não pode ser previsto.

1.2.4 Níveis de urgência

Diante das diversidades de terminologias, cujos significados são confusos para o próprio meio médico e para os sistemas de saúde, o Manual de Regulação Médica de Urgências (BRASIL, 2006) propõe que se passe a adotar o termo urgência para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. Sugere, ainda, uma proposta de avaliação multifatorial desses casos, a fim de estabelecer-se graus ou níveis de urgência que incorporem: gravidade do caso, tempo para início da intervenção, recursos necessários para o tratamento e valor social que envolve cada caso, como segue.

- **Nível 1:** Urgência de prioridade absoluta: casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediata ou secundária.
- **Nível 2:** Urgência de prioridade moderada: casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.
- **Nível 3:** Urgência de prioridade baixa: casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

- **Nível 4:** Urgência de prioridade mínima: situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

Figura 1 - Grau de urgência

$$U = \frac{G \times A \times V}{T}$$

U: Grau de urgência

G: Gravidade clínica do caso: grau de descompensação fisiologia de um ou mais sistemas, determinando deterioração ou perigo para a saúde ou a vida de alguém, independente da doença causadora.

A: Atenção: recursos necessários para efetuar o tratamento (acrescentamos: cotejados com os recursos presentes no local da demanda).

V: Valência: valor social que envolve o caso - aspectos relativos a pressão social para o atendimento, independente da gravidade clínica do caso.

T: Tempo para iniciar o tratamento - relação inversamente proporcional.

Fonte: Brasil (2006).

1.2.5 Urgência e crise: as diferenças necessárias e os consensos possíveis

A palavra crise tem sido apropriada por diferentes matrizes teóricas e pode significar diferentes fenômenos. Sua relação com o conceito de urgências psiquiátricas faz-se a partir do reconhecimento de que se está falando de situações em que o denominador comum é o sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas (SOUZA, 2008).

Sofrimento psíquico, nesse contexto, pode ser compreendido como o

conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundos do antagonismo subjetividade e objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido da vida, aliada ao sentimento de impotência e vazio do eu, experimentado como coisa alheia (SAMPAIO, 1999, p. 25).

Urgência Psiquiátrica e Crise possuem como denominador comum o sofrimento psíquico grave acompanhado ou não por comorbidades clínicas.

Outro ponto de concordância entre o conceito de Urgência com o sentido de Crise refere-se ao seu caráter súbito e seu tensionamento contrário a ideia de permanência e estabilidade (MORA, 2001). Além disso, é comum a associação entre Crise e Urgência quanto à necessidade de cuidado imediato, evocando a realização de ações, também imediatas, por parte dos profissionais (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Discutindo a relação entre Urgência e Crise, Rechtdand e Leal (2000) sugerem que é a introdução da dimensão da subjetividade no atendimento das urgências o que a aproxima da noção de Crise, dando-lhe outro significado:

desaparece a urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para o seu cotidiano (RECHTDAND; LEAL, 2000, p. 93).

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 55), o conceito de Crise

[...] representou a tentativa de aplicar uma metodologia unitária, mas não uniformizante, tal que permitisse encontrar a sua especificidade na singularidade dos problemas postos pelos sujeitos, evitando os recursos de aproximações e intervenções próprias do modelo médico. Na unidade 'daquela' história, também o sintoma pode ser reelaborado como significante de uma realidade que torna inteligível.

Os autores defendem que as situações de crise são aquelas nas quais se identificam pelo menos três dos seguintes parâmetros:

- grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- grave ruptura de relações familiares e/ou sociais;
- recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe;
- recusa de qualquer forma de contato; e
- situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las.

Ressaltam, ainda, que as definições de Crise remetem, necessariamente, às percepções e concepções definidas socialmente acerca do que se entende por aceitável naquele momento histórico, dentro dos parâmetros de normalidade vigentes, como também às respostas do sistema de saúde a tais situações.

A definição do que seria Crise ou Urgência, portanto, apresenta dimensão fortemente subjetiva também na medida em que depende de como o profissional interpreta o comportamento do sujeito. O próprio paciente pode definir o grau de emergência através de suas

ações ou apelos, mas, ainda assim, para os profissionais, permanece o entendimento da emergência psiquiátrica como algo complexo, já que mesmo um quadro de agitação e agressividade pode não ser tão emergencial quanto um quadro de extrema lentidão e passividade (OLIVEIRA, 2002).

Jardim e Dimenstein (2007) salientam, ainda, que a Crise torna-se Urgência a partir da avaliação dos responsáveis pelo indivíduo que, ao perceberem modificações (sintomas de sofrimento), acionam o serviço de saúde mental. Dessa forma, uma urgência psiquiátrica caracteriza-se por uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato. Assim, a Crise transmuta-se em Urgência à medida em que interfere, de forma incisiva, na rotina familiar, do responsável e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado.

Experiências práticas com as abordagens de situações de crise na lógica da Reforma Psiquiátrica mostra ser possível compreendê-la como expressão de dimensões diversas da subjetividade, como um momento complexo dentro da sua história, seja de ruptura e/ou continuidade. Nicácio (1994) aponta que a atenção à crise se faz não apenas nos serviços de urgência, mas também nos lugares em que as pessoas vivem, cuja abordagem é a aproximação, o contato afetivo, a negociação, a mediação de conflito, acordos com a pessoa e os demais envolvidos.

Ocorre que, a julgar-se por diferentes pesquisas realizadas com profissionais que atuam no campo das urgências no país, a incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica ainda é um horizonte distante.

Estudos apontam que esses trabalhadores, e os serviços em que atuam, apresentam grande dificuldade em oferecer aquilo que a pessoa em crise mais necessita: empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade. Dessa forma, o que se percebe no cotidiano da atenção às situações de crise e urgência em saúde mental permanece entre a pré-concepção de tratar-se de uma questão da ordem da segurança pública, ou da redução ao aplacamento de sintomas a serem silenciados (QUINTAS, AMARANTE, 2008; JARDIM, DIMENSTEIN, 2008).

Esse é um complicador importante da intersecção entre os serviços de atenção longitudinal – como os da atenção básica e da saúde mental – com a rede de atenção às urgências. É urgente e necessário que sejam superadas as dicotomias e que se discutam as supostas contradições entre os campos: por um lado

as ideias de inclusão, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social; por outro a objetividade, a otimização do tempo, a valorização de equipamentos sofisticados, a visão mecanicista e biológica do ser, a compreensão das ações pelo binômio causa-efeito e a extrema formalização técnica de suas ações, sempre desenvolvidas via construção de protocolos (BONFADA; GUIMARÃES, 2012, p. 229).

Portanto, o desafio é a produção de serviços e de redes que efetivamente respondam às necessidades das pessoas em seus contextos reais de vida, que garantam liberdade, promovam direitos, e propiciem novas possibilidades para a vida. Que incluam necessariamente o estabelecimento de novas estratégias para responder às situações de intenso sofrimento e fragilidade.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, no Manual de Atenção às Situações de Crise e Urgência (BRASIL, 2013), ainda no prelo, propõe que os conceitos de Crise e Urgência possam ser separados (ao menos do ponto de vista pedagógico) no interesse de qualificar sua

identificação, aproximação, compreensão e manejo. Dessa forma, facilitando a necessária articulação entre os diferentes atores e pontos das Redes de Atenção à Saúde. A inter-relação entre esses conceitos “crise e urgência” é de fundamental importância para a garantia de uma linguagem comum, permitindo que as práticas nesse campo comportem a complexidade dos fenômenos reais, encontrados no dia a dia dos profissionais e serviços de saúde.

1.3 AMPLIANDO O CONCEITO DE CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Nesta seção vamos discutir o sentido tradicional da crise, a visão sistêmica e crise como possibilidade de mudança.

1.3.1 Crise como conceito polissêmico

A origem da palavra crise pode ser remontada ao sânscrito, matriz das línguas ocidentais, onde *kri* significa limpar, desembaraçar e purificar (BOFF, 2002). No grego, *krísis*, tem o sentido de ação ou faculdade de distinguir, juízo ou ação de julgar, decidir, escolher no final de um processo. O verbo *krínó* é utilizado, entre seus vários sentidos, para designar o ato de separar, decidir, discernir, distinguir (HOUAISS, 2009). Por outro lado, em chinês, a palavra crise é composta de dois ideogramas, um que denota perigo ou risco e outro que traz a noção de momento ou oportunidade (GORE, 2006).

Ao longo do tempo, a apropriação popular do termo crise incluiu a ideia de “fase perigosa da qual pode resultar algo benéfico ou algo pernicioso para a entidade que a experimenta” (MORA, 2001, p. 613). Essa definição aproxima-se de uma visão mais positiva do termo, ao incorporar a noção de limite e posterior transição dela, explicitando a possibilidade de transformação ou mudança.

1.3.2 O sentido tradicional da crise

A aproximação no meio médico entre crise e perigo, no entanto, incorpora a construção histórica sobre a loucura dentro da qual a crise (ao ser percebido como algo relativo à instabilidade, contradição e imprevisibilidade) insere-se nesta sociedade como algo que tem que ser normatizado (FOUCAULT, 1979). O processo de constituição da psiquiatria como ciência apoia-se, como já discutido, no estabelecimento de um sistema empírico constituído a partir da descrição fenomênica dos comportamentos. Nesse sentido, vai estabelecer nomenclaturas para os fenômenos agudos ou subagudos observados, designando-os como “crises”, “ataques”, “episódios”, “surtos” ou “fases” (DALGALARRONDO, 2008). Para o autor, ataques epiléticos, crises de pânico, de agitação psicomotora ou históricas seriam exemplos dessa compreensão, caracterizados por surgimento e término abruptos, com curta duração.

A relação entre a noção de crise e o significado de adequação social é destacada por Silva (2007), na qual o sujeito que apresenta transtornos mentais seria o inadequado, ou seja, aquele que rompe com a ‘doutrina dos costumes’. A crise, nesse sentido, passa a envolver uma questão fundamentalmente social, configurando-se a partir de “aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante” (SILVA, 2007, p. 52). Para o autor, a crise, ao gerar alguma ressonância social, transforma-se em emergência psiquiátrica e seu fator psíquico torna-se irrelevante.

A crítica a essa aproximação sobre a qual se apoia o modelo médico baseia-se, prioritariamente, na recusa a uma noção de cuidado restrita à sintomatologia da crise, reduzindo a sua complexidade.

Costa (2007) adverte para o fato de que, no decorrer da história da psiquiatria, as diversas tentativas de resposta a situações de crise ou de “emergências psiquiátricas”, além de não demonstrarem resolutividade, acabaram por transformar-se em instrumento de

normalização e de violência, fortalecendo a dependência em relação ao hospital psiquiátrico.

Para a autora, são características dessa visão as respostas clássicas oferecidas para o manejo de situações de crise:

1. Intensificação da associação com periculosidade.
2. Redução da situação de crise a sintomas e a comportamentos “bizarros”, além da tendência a considerá-los como patológicos e anormais.
3. Intervenções que priorizam a redução dos sintomas a curto prazo.
4. Tentativa de imposição de normas e hábitos morais.
5. Ênfase na concepção de loucura e de crise como déficit, desrazão, impossibilidade e incapacidade.
6. Descontextualização da crise em relação ao momento de vida do sujeito.
7. Utilização frequente de contenções físicas e de eletrochoques, além da priorização e generalização da terapêutica medicamentosa.
8. Ênfase na tutela e no controle como estratégia de contenção da crise.
9. Predomínio da internação psiquiátrica como forma de atenção.

A prática psiquiátrica tradicional, portanto, vive uma oposição entre dois princípios: o controle e a cura, repressão e emancipação (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). Esse modelo aponta para uma discordância entre a concepção de sujeito e a realidade das práticas no campo da saúde mental, no qual se faz necessário valorizar um olhar para além da dicotomia entre normal e patológico e estabelecer as conexões entre saúde e doença, crise e normalidade.

A partir da década de 40 do século XX, a revolução causada com a introdução dos psicofármacos prometia, se não a “cura”, ao menos o “controle” das doenças mentais. Com a concomitante desospitalização

e priorização de cuidados comunitários, agora eram as crises que rompiam com a “normalidade” das famílias e comunidades, e os sintomas precisavam ser apaziguados com o uso de remédios. A medicação passa a ser o agente principal para a instrumentalização da norma e torna-se item indispensável para uma pseudoconvivência em sociedade, visto que o louco não é verdadeiramente acolhido por ela, passando a sobreviver a sua margem. A partir do momento que, por algum motivo, os remédios não cumpram integralmente essa função, é o serviço de urgência psiquiátrica e suas medidas corretivas que emergem como uma estratégia a ser acionada, com a finalidade de suprimir a crise, equalizar o sujeito, devolver a ele a sua “normalidade” perdida, trazê-lo para “dentro-de-si” (JARDIM, DIMENSTEIN, 2007; DELL’ACQUA, MEZZINA, 2005).

1.3.3 A visão sistêmica da crise

Barreto (2005), por sua vez, apoia-se nos aportes teóricos da Teoria sistêmica e da antropologia cultural para oferecer uma compreensão da crise como exaustão de um modelo relacional dentro de certo contexto. Esse contexto é dinâmico e fruto de um processo histórico e responsável pela criação de modelos de interação, sejam esses afetivos, políticos, administrativos, econômicos, educativos ou religiosos. O autor defende que a eclosão de uma crise resulta do embate entre modelos antigos que não mais respondem às necessidades do contexto. Ressalta, também, o conflito entre o medo de perder a dependência, o conforto, a segurança e identidade por um lado e, por outro, o reconhecimento do desejo de mudança.

A crise, para Barreto, resolve-se pelo atrito. O autor destaca seu potencial de oportunidade para que novas identidades sejam assumidas e a valoriza como possibilidade de um salto qualitativo ao estimular o questionamento sobre as ações, relacionamentos, valores e crenças, ao problematizar o contexto e questionar os modelos. Por meio da visão sistêmica o autor aponta que a crise é formada pelo contexto e afeta o contexto (BARRETO, 2005).

Assim, a crise de alguém em surto psicótico, por exemplo, deve ser considerada como a crise daquela família e daquele contexto social. A partir do conceito de triângulo perverso de Bowen (1976), sugere que em situação de crise o terapeuta deve evitar a formação da triangulação vitimizadora – vítima, perseguidor e salvador – levando, ao contrário, a família ou o grupo, a buscar soluções de acordo com suas competências, o que reforça a importância da competência da comunidade na resolução de crise.

1.3.4 Crise como possibilidade de mudança

A atenção psicossocial compreende a crise, por sua vez, como um “momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência” (LUZIO, 2010, p. 90), rompendo radicalmente com o sentido restrito da agudização sintomatológica. O autor ressalta que enquanto experiência singular e disruptiva, a crise vai produzir experiências dolorosas, marcadas pela solidão, incerteza, temor e estranhamento. Por outro lado, mostra a sua importância como momento de produção de mudanças, uma vez que contém elementos criativos, que expressam a particularidade do sujeito e seu desejo. Nessa perspectiva, a crise seria compreendida como um momento específico do indivíduo no qual “efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio” (COSTA, 2007, p. 96).

Essas outras definições e suas respectivas propostas de abordagens, partem do reconhecimento do sujeito como entidade complexa, para designar situações de intensificação de sensações e afetos que levam a rupturas na rede social de suporte e a processos de incapacitação e invalidação social, e são determinantes das demandas para serviços de saúde mental (SOUZA, 2008).

A compreensão da crise no seu aspecto de oportunidade permite seu entendimento como uma tentativa de dar respostas a um momento de intenso sofrimento psíquico.

Neste sentido, a crise pode ser abordada como possibilidade de elaboração (comunicação) sobre algo da ordem da falta e que o sujeito não encontra recursos psíquicos para lidar de outra forma, aproximando-a da definição de “uma experiência de inconsistência subjetiva”. A crise, que emerge quando o sujeito é colocado em questão, representa a tentativa de lidar com o insustentável, sendo um arranjo providencial que se estabelece quando todos os recursos psíquicos já foram utilizados (VIDAL et al., 2007, p. 151).

Sendo assim, é importante atentar para a necessidade de articulação entre os diferentes aspectos envolvidos na apresentação de uma crise, sem desprezar suas diferentes dimensões. Reconhecer os aspectos clássicos da clínica: psicopatologia, diagnóstico psiquiátrico, a avaliação psicodinâmica, a presença de comorbidades clínicas e as associadas ao uso de álcool e outras drogas são aspectos fundamentais na sua avaliação, interferindo na apresentação sintomática e no estadiamento de sua gravidade.

Na direção dessa articulação, Campos (2003) insiste na dialética entre sujeito e doença, em que não prevaleça a visão positivista que elege a doença e descarta qualquer responsabilidade pelos sujeitos concretos e sua história, mas que não finja que a doença não existe. Se é verdade que a doença está lá (dependendo dos médicos e da medicina) também pode ser encontrada simplesmente enquanto parte do processo humano de nascer, crescer, envelhecer e morrer. E nos questiona:

colocar a doença entre parênteses é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo. Evita que sofra iatrogenia, intervenções exageradas, mas não, necessariamente, melhora sua relação com o mundo. Como ressaltar o sujeito trazendo junto sua integralidade humana; humanidade que, no caso, inclui também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença enfim? (CAMPOS, 2003, p. 54).

A articulação entre essas diferentes visões é que vai permitir a compreensão mais integral sobre os diferentes processos envolvidos no que convencionamos chamar de crise ou de urgência em saúde mental.

Em cada situação singular, e a cada momento, determinados aspectos podem destacar-se, mas é fundamental que a atenção a essas condições não se resuma a sua apresentação inicial ou mais aparente.

1.4 CONCEITO DE CRISE FOCADO NO CONTEXTO DO SUJEITO

Nesta seção iremos abordar a questão da clínica do sujeito, a produção do cuidado e a rede social.

1.4.1 As tensões entre clínica e política

O campo da saúde mental, inaugurado no Brasil pelo processo de Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se por ser interdisciplinar, heterogêneo e plural, articulando diferentes saberes e práticas. Em sua origem já se evidencia o atravessamento pelas tensões entre clínica e política (RINALDI, 2006). A clínica, associada ao sofrimento psíquico, diz respeito, tradicionalmente, ao tratamento oferecido a cada sujeito na sua singularidade. Valoriza a psicopatologia como “a expressão da

forma peculiar, própria a cada sujeito, de enfrentamento de um conflito vivido intrapsiquicamente” (ALMEIDA; SANTOS, 2001, p. 23).

Para Bezerra Jr. (1996), essa ênfase clínica superdimensiona a intervenção psiquiátrica/psicológica em detrimento de práticas de intervenção no campo da interação entre sujeitos, e da interação dos sujeitos com seus ambientes.

A ênfase política, por outro lado, associada ao conceito de “reabilitação psicossocial”, costuma desvalorizar a noção de clínica em favor de uma prática política voltada para a reinserção social e para o resgate da cidadania. Seus defensores partem do pressuposto de que a inserção da pessoa em sofrimento psíquico no ambiente urbano só é possível numa prática coletiva, priorizando as transformações sociais e institucionais. Entendem a terapêutica como subproduto da ação política, e buscam “superar a clínica em seu sentido clássico” (ALMEIDA; SANTOS, 2001, p. 22).

Nesse contexto, a clínica que surge é fruto de ressignificação. Surgem os termos “clínica ampliada”, “clínica do cotidiano” e “clínica do sujeito”, entre outros, como formas de demarcar suas diferenças com a clínica tradicional. Rinaldi (2005) afirma que é a noção de cuidado que perpassa essas novas clínicas, e que o cuidado em saúde, diz respeito a uma relação entre profissional e usuário que inclui a subjetividade de ambos. Dito de outra forma, o cuidado aponta para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais global, tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser isolado.

Amparada pelo construto freudiano a respeito do inconsciente e pela configuração de um novo campo de saber (a psicanálise) a clínica incorpora um novo sentido, que subverte a dissociação promovida pela ordem médica, a partir da suposição da existência de uma razão inconsciente e de uma implicação do sujeito em seu sintoma. Ao retomar a relação entre a problemática da doença e a existência do

sujeito, a Reforma Psiquiátrica empreendeu uma crítica à concepção médica de clínica em que se pode perceber a influência das formulações da psicanálise, ainda que estas não tenham sido decisivas para a conformação deste novo campo, marcado fortemente pela política, por meio da luta pela cidadania do louco e da preocupação com a reabilitação psicossocial (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

Os dispositivos clínicos que hoje se desenvolvem nos novos serviços de assistência em saúde mental vêm sendo possibilitados, portanto, pela discussão permanente sobre a clínica que se reinventa a partir dos atravessamentos da instituição e dos discursos que circulam nesse espaço. Para Rinaldi (1999), ao nos referirmos à “clínica do sujeito” é para essa dimensão que estamos chamando a atenção, o que nos leva a tomar a sua fala não apenas no registro da doença ou da demanda de assistência, mas como índice de sua condição subjetiva. “Dar voz aos pacientes”, proposta política da Reforma que visa subverter a tradicional ordem médica, onde o saber está no profissional de saúde e a ignorância no doente, pode ser tomada, assim, sob este outro viés da clínica do sujeito, fundada em uma ética do desejo, que é, sobretudo, uma ética da diferença (RINALDI, 1999).

1.4.2 Clínica do sujeito

A proposta, portanto, significa uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica tradicional, incluindo — além da doença — o sujeito e seu contexto. Essa relação entre sujeito e enfermidade comporta as diferentes resultantes possíveis, compreendendo que a mesma entidade nosológica incide de forma diferenciada, e porque não dizer única, conforme a história e os recursos materiais e subjetivos de cada sujeito. O maior desafio é, justamente, contar com profissionais e serviços com plasticidade suficiente para lidar com essa variedade (CAMPOS, 1997).

O termo “clínica ampliada” é, então, incorporado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), a fim de operacionalizar esses conceitos, e estabelece como seus eixos fundamentais que são:

- a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a fim de evitar abordagens que privilegiem desnecessariamente um conhecimento específico. Dessa forma, busca reconhecer os diferentes aspectos de uma mesma situação e entende que cada um deles pode ser mais ou menos relevante num determinado momento;
- a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas deve ocorrer entre a equipe, entre serviços, entre setores e com os próprios usuários;
- a ampliação do objeto de trabalho, de forma que a responsabilidade dos profissionais de saúde seja sobre pessoas e não sobre diagnósticos e procedimentos;
- a transformação dos instrumentos de trabalho, no sentido do fortalecimento de técnicas relacionais que privilegiem a capacidade de escuta, que promovam a crítica sobre a serialização das condutas, que sejam permeáveis à expressão de problemas subjetivos e sociais e que valorizem a relação com a família e com a comunidade; e
- o suporte para os profissionais de saúde, permitindo que eles possam lidar com suas próprias subjetividades.

1.4.3 A produção do cuidado

O processo de trabalho cotidiano dentro dessa nova lógica encontra-se na abrangência do que Merhy (2007) veio a chamar de “reestruturação produtiva”. Para o autor, o objeto do processo de trabalho em saúde é a produção do cuidado, o que inclui, além da promoção e prevenção, a clínica também como dimensão fundamental, sendo os trabalhadores sujeitos ativos nessa produção (MERHY, 1995).

A mudança do modelo assistencial, dessa forma, é menos dependente de normas e diretrizes do que da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica da organização dos processos de trabalho, sendo esse um campo de permanente tensão entre os diferentes interesses envolvidos: trabalhadores, usuários, gestão e mercado, entre outros (FRANCO, 2003).

Assim, o campo de saberes e práticas da clínica torna-se componente indispensável na discussão da organização dessa produção, pois tendo em vista a complexidade do campo da saúde, somente é possível tentar compreendê-lo a partir de uma multiplicidade de enfoques. Uma importante contribuição para esse entendimento foram os conceitos de tecnologias materiais e não-materiais para identificar, respectivamente, os instrumentos e o conhecimento técnico usados na produção da saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Mehry (1997) amplia essa reflexão e classifica as tecnologias do cuidado em duras, que relacionam-se aos instrumentos; leve-duras, compostas pelo conhecimento técnico estruturado e leves, que versam sobre os aspectos relacionais contidos em todo encontro entre trabalhador e usuário.

Sendo assim, o palco da produção ou reprodução do cuidado, que se constitui no espaço da relação entre as pessoas (trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, usuário-usuário) é, agora, *locus* privilegiado da micropolítica (AMORIM, 2008). Essa autora ainda aponta a convergência dessa abordagem com a de outro importante pesquisador da saúde coletiva:

esse autor (Merhy) aproxima-se de Campos (2000) quando aposta na importância do trabalhador como elemento crucial na transformação das instituições e do cenário da saúde. Porém, enquanto Campos (2000) investe em processos de transformações de arranjos que buscam reformular a gestão das instituições de saúde, através do Método da Roda, Merhy (1997; 2002) reflete sobre as tecnologias do cuidado, que integram a micropolítica do trabalho vivo em ato. Nesse sentido, interpreta-se que existe uma complementariedade entre as formulações

desses autores, pois ambos buscam mudar as instituições em saúde a partir da mudança do processo de trabalho, que ao invés de alienante, ajude na produção de sujeitos autônomos (AMORIM, 2008, p. 48).

O processo do trabalho em saúde, nessa perspectiva, dá-se a partir dos encontros entre trabalhadores, e desses com os usuários, criando fluxos entre sujeitos. Esses fluxos são: “operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo” (FRANCO, 2006, p. 128).

1.4.4 A rede social

As interações sociais costumam ser construídas (e sustentadas) por laços afetivos e apoio social que resultam em efeitos emocionais positivos. É um processo recíproco, em que esses efeitos são gerados tanto em quem os recebe, quanto para quem os oferece, gerando a compreensão de que os indivíduos precisam uns dos outros (VALLA, 2000).

A família, ao atender às necessidades físicas e psicológicas de seus membros, assume um papel fundamental nessas relações de cuidado e constitui-se, em geral, como a primeira rede social de um indivíduo. Além disso, para Serapioni (2005), ao representar a unidade básica da atenção à saúde, constitui-se como o fundamento do cuidado comunitário.

5 A reabilitação é, portanto, um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o usuário, sua família e a comunidade circundante.

A atenção psicossocial, ao buscar a construção de um cuidado mais apropriado às necessidades dos usuários e suas famílias, procura conhecê-los em suas múltiplas e variadas dimensões existenciais. Essa forma de cuidar permite a expressão de sentimentos, angústias, impressões, medos, verdades e dúvidas, favorecendo a aproximação do universo dessas pessoas. É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado também a essas famílias, inserindo-as no **processo de reabilitação**⁵, corresponsabilizando-

as pelo cuidado de seus familiares e dando visibilidade à sua ação cuidadora.

Nesse sentido, introduz o conceito de contratualidade, ou seja, a capacidade de engendrar contatos sociais, que permitirão ao usuário subverter o processo de reclusão, que é resultado dos efeitos da doença mental e da exclusão social. Essa constatação aponta para o fato de que a crise e seu manejo fazem parte, então, de “um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, onde o paciente e sua crise são uma parte do tratamento, e não sua totalidade” (SARACENO, 2001, p. 55).

A rede cuidadora, portanto, não está restrita aos serviços de saúde, mas pressupõe a articulação com outros instrumentos e organismos sociais como família, religiosidade, enfim, as redes sociais de apoio (SILVA JR.; ALVES; ALVES, 2005).

O conceito de “território” é fundamental para essa proposta, na medida em que se trata não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos de vida real das pessoas, favorecendo seu acesso. Além disso, propicia o conhecimento e a interação com as dimensões da vida cotidiana dos usuários e de sua rede social. Trabalhar no território requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas e das instituições públicas e comunitárias como um todo (BRASIL, 2005). Dito de outra forma, o território é aquilo que se circunscreve, por meio de contornos subjetivos, à referência cultural, familiar, mitológica, socioeconômica de cada usuário (DELGADO, 1997).

Para Huxley e Thornicroft (2003), a eclosão de uma crise (assim como a institucionalização em relação aos serviços de saúde) provoca importantes fraturas nas habilidades e competências relacionais das pessoas com transtornos mentais, aumentando sua vulnerabilidade social. As mudanças na trajetória de vida de pessoas acometidas por problemas mentais graves e persistentes são dramáticas, especialmente devido ao processo de marginalização, isolamento e redução das competências sociais (STARACE; GRITTI, 1987).

Nesse sentido, um ponto fundamental a ser levado em consideração é a sobrecarga da família que convive com uma pessoa com transtorno mental grave. Estudos revelam que essa sobrecarga refere-se às consequências que afetam o cotidiano da família, tais como os gastos financeiros; a desestruturação social, profissional e familiar e sua consequente reorganização; as tarefas extras que a família assume em alguns casos como higiene, transporte, controle das medicações, alimentação, lazer, acompanhamento do tratamento e os comportamentos de seu familiar doente. Essas questões causam desgaste físico, mental e emocional, com os quais a família convive e se reorganiza constantemente (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Cabe, portanto, aos profissionais e serviços de saúde a promoção da ampliação da rede social desses sujeitos, que envolve “profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários e a comunidade inteira”. O processo de reabilitação consiste em “reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes eixos: hábitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 2001, p. 68).

1.5 CRISE, URGÊNCIA E RELAÇÕES DE PODER

Como já discutido aqui, na Idade Moderna, o conceito de alienação foi construído em sua relação com a razão (ideal máximo do período), considerando desviante tudo o que diferia dessa premissa de ordenamento do corpo social. A reclusão do louco aos muros do manicômio é justificada pela sua interdição, privando-o de suas responsabilidades, de seu lugar como membro da família e de sua cidadania. O saber técnico-científico passa a legitimar regulações, interdições, dependência, com base na autoridade daquele que tratava e da proteção àquele que tinha seu poder de decisão destituído. Uma vez comprometida sua razão, o louco torna-se incapaz de gerir sua própria vida, passando a ser tutelado pela família ou pelo Estado (FOUCAULT, 2006; ALMEIDA, DIMENSTEIN, SEVERO, 2010).

Dessa forma, o modelo asilar tem sido tradicionalmente custodial, médico-centrado, caracterizado pelo aspecto de grandes estruturas físicas fechadas, focado na adaptabilidade social do sujeito portador do transtorno mental, tornando-o objeto de intervenção, e deixando, nas mãos dos profissionais, a posse exclusiva da condução das medidas terapêuticas para essas pessoas (SILVA; FONSECA, 2005). O hospital psiquiátrico torna-se, assim, uma instituição onde se estabelecem relações de dominação/submissão, gerando sofrimento a todos e, em especial, ao enfermo (PITIÁ, 1997).

O Modelo de Atenção Psicossocial é, nesse sentido, uma busca pela superação não só da dualidade saúde-doença, sujeito-objeto, individual-social, mas também um questionamento sobre a verticalidade do tratamento e sobre o poder biomédico (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Lobosque (2001) defende, nessa direção, que sempre é possível engajar no tratamento, por consentimento próprio, a pessoa em sofrimento psíquico. Esse princípio se sustenta, para a autora, mesmo em situações de crise aguda e, até mesmo, quando, inicialmente, faz-se necessário o uso de contenção medicamentosa ou física. Há, para ela, um ponto no qual esse sujeito pode escutar o convite do tratamento e cabe ao profissional de saúde “aprender a convidar”. Em outras palavras, cabe ao técnico identificar o ponto (na comunicação, verbal ou não) a partir do qual é possível a entrada do profissional no cenário. Esse convite representa o início de um percurso de cuidado, que implica que o sujeito em crise consinta e responsabilize-se pelo tratamento, inserindo-o em um processo ativo e compartilhado de trabalho.

O exercício profissional em saúde mental exige, portanto, a construção de um diálogo que busque espaços de aproximação. Segundo Ribeiro (1996), é no *entre* que a criação acontece, é no limiar do poder que os saberes podem revelar contribuições e reconstruir caminhos. A construção desses espaços de criação, de invenção e reinvenção dos modos de fazer e agir exige do profissional habilidade, sensibilidade e

comprometimento para legitimar o seu poder de contratualidade com os diversos atores envolvidos. Dessa forma, evita-se que as relações de poder inevitavelmente existentes entre profissionais de saúde e usuários, se transformem em estados de dominação.

É importante notar que, mesmo no campo da atenção psicossocial, ocorrem processos de subjetivação que, em sua historicidade, concorrem para a redução das ofertas de cuidado. O poder psiquiátrico, não encontra-se mais limitado às instituições asilares e nem mesmo aos próprios psiquiatras. Difundiu-se por todo o corpo da sociedade e o efeito produzido pela medicalização da psiquiatria no mundo globalizado tende a ser, cada vez mais, à psiquiatrização da vida (AGUIAR, 2003).

A alternativa terapêutica oferecida pelos serviços de saúde mental aos seus usuários, muitas vezes, limita-se à terapia medicamentosa e ao manejo de sintomas. Nesse sentido, o trabalho da equipe ajuda a dissociar ainda mais o sujeito em sofrimento, pois se apresenta fragmentado e departamentalizado por cada profissional: “remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta- ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (CAMPOS, 2001, p. 103).

Esses fatos evidenciam o quanto ainda temos que avançar nas relações de trabalho dos profissionais que atuam no campo da saúde mental. A ética que rege essa qualidade de relações não é diferente da que regula a relação com a loucura nas instituições manicomiais, que instituem “a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos” (PALOMBINI, 2003, p. 161).

Campos (2000) explica que o fortalecimento dos sujeitos só é possível a partir do momento em que são ampliadas suas capacidades de análise e de intervenção nas atividades ou processos em que estão inseridos. Esse fortalecimento, associado à democratização das instituições, seriam os dois principais caminhos para a reformulação

das racionalidades hegemônicas e para se democratizarem as relações de poder. Neste sentido, não se trata de um profissional modificando um usuário, mas do profissional se revendo o tempo todo, ao mesmo tempo em que revê a posição do usuário e também o conduz a essa revisão. Esse cuidado não é normativo, reproduzido em série; ao contrário, oferta a cada usuário, e constrói, juntamente a ele, um projeto terapêutico individualizado, conforme suas necessidades e desejos.

A Reforma Psiquiátrica trouxe, como princípios do cuidado, o resgate do poder de decisão dos sujeitos com transtorno mental e sua participação ativa na definição de seu tratamento; o reconhecimento da liberdade como variável terapêutica; e a afirmação da cidadania. As situações de crise, no entanto, persistem com grande potencial de gerarem (por diversos motivos) uma certa autorização da suspensão desses direitos sob a justificativa da restrição de sua capacidade de julgamento. É fundamental para o processo de construção das vidas e das subjetividades desses sujeitos nesses momentos de intensa fragilidade, que a aproximação entre profissionais e usuários nesses momentos seja precisamente no sentido de reconstruir suas possibilidades e autonomia.

1.6 OS TRABALHADORES E O MANEJO/CUIDADO NAS SITUAÇÕES DE CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Nesta última seção de estudo do Módulo 2, discutiremos a questão trabalhar em saúde é trabalhar em rede e os desafios da estruturação das redes.

1.6.1 Trabalhar em saúde é trabalhar em rede

A atenção à crise, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RASs), inclui a problematização sobre as conformações resultantes do trabalho conjunto das equipes dessas diferentes redes. Franco (2006)

alerta que, ao observar-se o funcionamento resultante das interações intra e entre diferentes unidades de saúde, ou entre diferentes níveis de cuidado, sempre ocorre comunicação mútua, em um processo que caracteriza o funcionamento em rede. Dessa forma, pode-se inferir que o cuidado sempre se produz em rede. Dito de outra forma, as redes seriam imanentes aos processos produtivos da saúde.

A questão central passa a ser, então, qual o caráter que assumem as redes constituídas em determinado cenário de produção da saúde: se refêns de sistemas normativos de significação da realidade, com práticas repetitivas e cegas às singularidades ou então produtoras de fluxos contínuos de cuidado e comprometidas com as singularidades tanto de trabalhadores quanto de usuários.

Para Merhy (2002), a gestão dessas redes é feita pelos seus próprios protagonistas. Isso se deve, entre outras características, ao alto grau de liberdade que os trabalhadores da saúde detêm na sua prática diária. Isso permite que qualquer membro de uma equipe possa fazer suas conexões com outro trabalhador e, assim, disparar processos de cuidado em diferentes direções.

Essa ideia é reforçada pela noção de que para se ter uma assistência integral à saúde, a organização dos processos de trabalho é fundamental e, ainda, que uma maior ou menor integralidade da atenção também vai depender da forma como os trabalhadores articulam suas práticas (CECÍLIO; MERHY, 2003)

Nesse sentido, a inclusão dos aspectos subjetivos dos usuários do sistema é, sem dúvida, uma das faces da construção da integralidade da atenção e a visibilidade desse sofrimento psíquico parece, inclusive, depender da atitude desses profissionais frente a essas situações e o reconhecimento dessa demanda poderia ser um primeiro e importante passo na modificação do cenário nacional (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

1.6.2 Os desafios da estruturação das redes

A implantação e o funcionamento de uma rede articulada de serviços que assuma a responsabilidade pelas diferentes necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, especialmente nos momentos de crise, depende, portanto, da capacidade dos profissionais e dos serviços dessa rede em aprimorar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção em relação às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Na prática, no entanto, observa-se ainda, a despeito do grande contraste entre regiões, uma evidente fragilidade de diversos componentes da RAPS. Destaca-se a incipiente implantação de serviços de atenção psicossocial que ofereçam funcionamento 24h, o desenvolvimento de ações compartilhadas entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) de forma insuficiente para as crescentes necessidades de suporte demandadas. Além disso, o modo de funcionamento dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMUs) na atenção às crises e a fragilidade da participação dos hospitais gerais no processo comprovam a vulnerabilidade da rede (DIMENSTEIN et al., 2012).

O trabalho nos CAPSs, por exemplo, tem significativas diferenças contextuais relacionadas à organização de cada sistema municipal de saúde. Os aspectos organizacionais dos sistemas municipais que exigem definições por parte dos gestores afetam as condições de trabalho e a qualidade da atenção prestada. Percebe-se que, ainda que existam normatizações ministeriais que determinam a capacidade quantitativa de atenção de um CAPS, em termos de cobertura populacional, muitos municípios, principalmente metrópoles e capitais, não têm um número suficiente de serviços que oferte atenção para as grandes necessidades da população. Serviços com grandes populações adscritas não conseguem realizar as funções propostas adequadamente, fator esse que impacta tanto em insatisfação com o trabalho quanto na saúde dos próprios trabalhadores (RIGOTTO et al., 2007).

Na experiência santista de implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs), conforme relato de Nicácio e Campos (2004), observamos que os serviços eram responsáveis pela demanda de saúde mental de um território bastante determinado com, em média, 90.000 habitantes. Para dar conta de desenvolver o amplo repertório de ações e modalidades de atenção que o cuidado às situações de crise exigem, dentro da lógica da atenção psicossocial, a estrutura contava com equipes de, em média, 35 pessoas, e com funcionamento 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. Essa é uma realidade bastante distante do cotidiano da imensa maioria dos CAPS atuais (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Por sua vez, os serviços de urgência, sejam Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ou as emergências de hospitais terciários, possuem como características o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado; e a falta de valorização dos profissionais envolvidos (GALLOTI, 2003).

Além dessas questões, pessoas em sofrimento mental grave enfrentam graves problemas de acesso aos serviços de urgência, uma vez que sua urgência para os profissionais de saúde é sempre marcada pelo transtorno, como se não tivessem coração, fígado, rins, entre outros. As urgências clínicas em pessoas em sofrimento mental costumam ser negligenciadas pelos serviços de urgência.

O atendimento em rede das crises e urgências em saúde mental será objeto do Módulo 3 desse curso.

RESUMO DO MÓDULO

A construção histórica do conceito de loucura molda, na contemporaneidade, a compreensão e as ofertas de atenção aos fenômenos relacionados ao adoecimento psíquico. Os avanços alcançados no entendimento de suas causas, manifestações e resposta a intervenções, no entanto, não foram suficientes para produzir o estabelecimento de um novo paradigma hegemônico que abarque toda sua complexidade. A atenção às situações de crise/urgência em saúde mental explicita, na prática dos serviços de saúde, as contradições dos diferentes modelos vigentes e constitui-se em importante desafio para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

É urgente e necessário superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado na direção de garantir o princípio da integralidade na atenção à saúde. Nesse sentido, a articulação entre os diferentes pontos e equipes da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências é de fundamental importância.

A construção dos consensos possíveis entre as lógicas da urgência e da crise evidencia a necessidade de superação do modelo biomédico, através da articulação de diferentes saberes e práticas e incorporação das múltiplas dimensões contidas nesses fenômenos. A formação e, sobretudo, os processos de educação permanente em saúde, para os trabalhadores que vivenciam o cuidado de situações de crise e urgência, apresentam-se como estratégicos para essa articulação e demandam esforços conjuntos e continuados dos diferentes níveis de gestão do sistema.

LEITURA COMPLEMENTAR

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, p. 169-189, 2007.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1994.

SCÓZ, T. M. X. **Suporte interpessoal de enfermagem**: alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situações de crise. 2001. 279 f. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. de. **Entre as ciências da vida e a medicalização da existência:** uma cartografia da psiquiatria contemporânea. 2003. Trabalho apresentado ao 2º Encontro Mundial dos estados gerais da Psicanálise, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **The history of psychiatry:** an evaluation of psychiatric thought and practice from pre-historic times to the present. New York: Harper, 1966.

ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empowerment and psychosocial care: notes on a mental health association. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 577-589, jul./set. 2010.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, N. S. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 20-29, set. 2001.

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida** - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: _____ (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMORIM, A. K. A. **O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental.** 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

ANDERSON, G. **Crisis resolution and community mental health: an ethnography of two teams.** 2006. Thesis (Doctoral in Philosophy) – School of Applied Social Sciences, Durham University, United Kingdom, 2006.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J. bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p.34-46, 2005.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo.** Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BASAGLIA, F. **A instituição negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA JR., B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Ed.), **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-142.

BOFF, L. **Crise: oportunidade de crescimento.** Campinas, SP: Verus, 2002.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2012.

BOSSEUR, C. **Introdução à antipsiquiatria.** Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

BOWEN, M. Theory in the practice of psychotherapy. In: GUERIN, P. J. (Ed.). **Family therapy**. New York: Gardner, 1976.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95, de 10 março de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 mar. 1995.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: MS/MEC, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 30 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às situações de crise e urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. No prelo.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde paidéia**, São Paulo: Hucitec, 2003, p. 51-67.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, SP, 2003. Mimeografado.

COOPER, D. **Psychiatry and anti-psychiatry**. London: Tavistock Publications, 1967.

COSTA, I. I. Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 94-100, 2008.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELGADO, P. G. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em Foco**: informe epidemiológico em saúde coletiva, Rio de Janeiro, ano VI, n. 16, p. 41-3, 1997.

DELL 'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: _____. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p. 161-194.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012.

ERIKSON, E. H. **Childhood and society**. New York: Norton, 1963.

EY, H.; BRISSET, C. H.; BERNARD, P. **Tratado de psiquiatria**. 2. ed. Barcelona: Toray-Masson, S. A., 1969.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FERIGATO, S. H., CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Rev. Psicol. UNESP**. Assis, SP, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 113-128.

FOUCAULT M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRIEDMANN, C. T.; LESSER, I. M.; AUERBACH, E. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. **Hosp Community Psychiatry**, Washington D.C., v. 33, n. 8, p. 663-664, 1982.

GALLOTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário**: um olhar para a qualidade da atenção. 2003 Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GORE, A. **Uma verdade inconveniente**. Barueri: Manole, 2006.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

HILLARD, J. R. The past and future of psychiatric emergency services in the U.S. **Hosp Community Psychiatry**, Washington D.C., v. 45, n. 6, p. 541-543, 1994.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **Br J Psychiatry**, London, n. 182, p. 289-290, 2003.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, p. 169-189, 2007.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. A crise na rede do SAMU no contexto da reforma psiquiátrica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 150-160, jan./dez. 2008.

KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

LE COUTOUR, X. **L'urgence en Basse-Normandie**. Caen: UFR de Médecine, 1991.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, Washington D.C., v. 101, p. 141-148, 1944.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial**: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. 2010. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e planejamento**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 117-148.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. Tomo I (A-D), São Paulo: Edições Loyola, 2001.

MUNIZZA, C. et al. Emergency psychiatry: a review of the literature. **Acta Psychiatr Scand.**, Malden, v. 374, Suppl: 1-51.3, 1993.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção à crise. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v. 15, n. 2. p. 71-81, maio/ago., 2004.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAIDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, 2004.

OLIVEIRA, P. R. M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica**: a recepção das diferenças. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006.

PALOMBINI, A. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: CFP - Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 159-163.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULON, S. et al. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, 2012. p. 73-97.

PITIÁ, A. C. A. **O enfermeiro e seu cotidiano**: cenas de um manicômio. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

QUINTAS, R. M.; AMARANTE P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

RAPAPORT, D. A historical survey of psychoanalytic ego psychology. In: ERIKSON, E. H. **Identity and the life cycle**: selected papers. New York: Universities Press, 1959.

RECHTAND, M.; LEAL, E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, n. 17, 2000.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde mental**: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU, 1996.

RIGOTTO, R. M. et al. **Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará** - Relatório Final. Fortaleza, 2007. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Analise_condicoes_org.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

RINALDI, D. L. **Clínica e política**: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. 1999. Disponível em: <www.interseccaopsicanalitica.com.br>. Acesso em: 24 out. 2013.

RINALDI, D. L. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO, M.; ALTOÉ, S. (Org.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

RINALDI, D. L. Entre o sujeito e o cidadão. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. C. (Org.). **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun. 2008.

SAMPAIO, J. R. **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social**: estudos contemporâneos II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Te Corá Editora, Instituto Franco Basaglia, 2001.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10 (sup), p.243-253, set./dez. 2005.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 77-89.

SILVA, A. L. A. E.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, mai./jun. 2005.

SILVA, M. V. A clínica integral: o paradigma “psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. **Rev. In-Tensa. Ex-Tensa**, Salvador, ano 1, n. 1, p. 40-41, 2007.

SILVA, M.; ZANELLO, V. M. Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. **Psicol. IESB**, v. 2, n. 1, p. 37-47, 2010.

SOUZA, P. J. C. **Resposta à crise**: a experiência de Belo Horizonte. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

STARACE, F.; GRITTI, P. Social network and social support: experiences and prospects for intervention. **Per la Salute Mentale/ For Mental Health**, Trieste, v. 4, p. 211-216, 1987.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise, **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VIDAL, F. B. et al. A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M. V. O. (Org.). **A clínica psicossocial das psicoses**: programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Salvador: UFBA, FFCH, 2007.

ENCERRAMENTO DO MÓDULO

Este módulo visou estabelecer um quadro geral sobre o atual momento da atenção às crises e urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde através do resgate histórico e problematização de seus conceitos e definições. Apontou para o caráter complexo e multidimensional desses fenômenos e discutiu a necessária articulação entre ações, serviços e equipes para sua adequada atenção.

AUTOR

Marcelo Brandt Fialho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993). Especialista em Psiquiatria pela Universidade Federal de Santa Maria (1996). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (2009). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2011). Atualmente é coordenador do CAPS II Ponta do Coral de Florianópolis/SC. Atua nos principais temas: reforma psiquiátrica, saúde coletiva, saúde mental, atenção à crise.

Endereço do lattes: <http://lattes.cnpq.br/9483840838404241>

ORGANIZADORES

Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (1984). Mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Pós-doutorado pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá (2012). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da UFSC e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Curso de Atualização em Crise e Urgência em Saúde Mental da UFSC. Líder do APIS - Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e fenômeno das drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica de Alfred Schütz, administração em saúde coletiva, atenção básica, acidente de trânsito e cuidados de enfermagem.

Endereço doattes: <http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>

Jeferson Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003). Mestre em Enfermagem pelo PEN/UFSC (2005). Doutor pelo PEN/UFSC (2010). Professor Substituto da Universidade Federal de Santa Catarina na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos anos 2002-2004; 2007-2009.

Assessor Parlamentar de 2011 a 2012. Professor Adjunto da FACENf/ UERJ em 2012.1. Atualmente é Professor Adjunto I do Departamento de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de enfermagem em saúde mental e atenção psicossocial, atuando principalmente nos seguintes temas: Reforma Psiquiátrica, situação de crise, organização política e associações de usuários e familiares e movimento nacional de luta antimanicomial. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS. Vice-Lider do APIS - Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas.

Endereço do lattes: <http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>

Jaqueline Tavares de Assis

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (2006) e Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília (2009). Atualmente é Assessora Técnica do Ministério da Saúde e Pesquisadora - Programa de Estudos E Atenção às Dependências Químicas/UnB. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Endereço do lattes: <http://lattes.cnpq.br/7280701708000356>

A Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas: experiências e desafios

Anexo

Autor:
Antonio Lancetti

ANEXO - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS

1 INTRODUÇÃO

As diversas experiências de transformação da atenção em saúde mental traduzem-se pelo que denominamos de Reforma Psiquiátrica brasileira, que adquiriu o *status* de Política de Estado e modificou de modo radical a maneira de entender, abordar e tratar as crises. Nesse processo histórico, a abordagem às crises e o próprio conceito de Crise foi se modificando. A práxis profissional vem se transformando com a perspectiva de se operar em Rede e no Território. Nesse sentido, o tema da crise e urgência em saúde mental é uma dimensão balizadora de uma prática sustentada nos princípios da reforma psiquiátrica.

1.1 REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Embora pareça repetitivo para muitos de vocês, é importante lembrar que os hospitais nasceram como instituições religiosas, filantrópicas, verdadeiras instituições de hospedagem e caridade, onde se cuidava de mendigos, miseráveis, entre outros indesejados sociais. Essas pessoas, evidentemente, sofriam doenças e outros agravos próprios de populações necessitadas e encontravam nesses lugares amparo para o alívio dos acometimentos.

A partir do século XVII, essas instituições passaram a exercer outra função social, ao receberem delinquentes e outros tipos de desviantes, além de mendigos e miseráveis. Em “*História da Loucura na Idade clássica*”, Michel Foucault cunhou a expressão “*A grande Internação*”

para se referir a essas instituições onde se amontoavam centenas e milhares de pessoas (FOUCAULT, 1978).

A primeira Reforma desses locais foi liderada por Philippe Pinel em meio à Revolução Francesa, cujo lema era “*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*”. Pinel, que era professor na Faculdade de Medicina de Paris, começou a separar os doentes dos outros moradores desses hospitais e a classificá-los segundo suas enfermidades. Esta primeira Reforma, que separou os miseráveis dos alienados, valeu a Pinel o título de pai da Psiquiatria.

O Alienado era aquele que estava fora de si ou fora da realidade. Aquele que não estava capacitado para viver em sociedade. Nasce assim a Psiquiatria, intimamente ligada ao hospital e à classificação de corte botânico, como demonstrou Robert Castel em “*A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*”, inspirada em Lineu, pai da Botânica e das ciências naturais da época (CASTEL, 1977).

Os primeiros manicômios, como locais de tratamento, nascidos em momentos históricos libertários e democráticos, passaram logo a receber denúncias de maus tratos e injustiças.



Saiba Mais

O primeiro grande livro da Psiquiatria foi o “*Tratado médico-filosófico da alienação mental ou a mania*” (PINEL, 2007).

Michel Foucault estudou o aspecto produtivo dessas instituições e sua relação com conventos, casernas, e fundamentalmente as fábricas, e as denominou **instituições disciplinares**¹ (FOUCAULT, 1977).

A sociedade disciplinar foi fundamental para formação da sociedade capitalista “concentrar, distribuir no espaço, organizar no tempo; compor no espaço tempo...” diz Gilles Deleuze (DELEUZE, 1992, p. 219). Essas instituições estavam sendo substituídas pelo que ele denominou Sociedade de Controle, renunciando a sociedade capitalista contemporânea, em que o controle se exerce ao ar livre, o que tornou os hospitais psiquiátricos instituições pouco funcionais ao capitalismo contemporâneo do século XXI.

Porém, como dizíamos anteriormente, a antiga psiquiatria e seu saber foi gerado na instituição asilar por uma distribuição espaço-temporal: pátios, enfermarias, celas fortes, banheiros, entre outros. Esses espaços organizam os tempos repetitivos e inertes como a hora do banho, de estar no pátio, hora da medicação, entre outros.

Essa rotina organizativa se mostrou iatrogênica, produtora de doença e não de saúde, de cronicidade e de destruição dos direitos das pessoas. Pacientes com os mais variados “casos” vão empobrecendo sua produção subjetiva, psicótica, sua expressão corporal e linguística. Nessas instituições, responde-se de forma padronizada às diferentes manifestações de uma pessoa em crise. Se um paciente faz uma crítica de forma atabalhoada, é logo interpretado com estando em agitação, sendo-lhe aplicadas contenções físicas e medicamentosas.

Durante a Segunda Guerra Mundial, os europeus viveram o horror dos campos de concentração e os manicômios foram considerados seus congêneres. A partir daí foi realizada uma série de iniciativas para revolucionar a psiquiatria.

¹ A primeira parte deste texto e outras que continuam a seguir é, em grande parte, uma reescrita parcial do capítulo *Saúde Mental e Saúde Coletiva do Tratado de Saúde Coletiva*, escrito em parceria com o professor Paulo Amarante (AMARANTE; LANCETTI, 2009).

Franco Basaglia dissecou a violência dessas instituições em *Crimes de Paz* (BASAGLIA; ONGARO, 1977) e liderou uma revolução psiquiátrica radical que influenciou a saúde mental em plano mundial, denominada Psiquiatria Democrática. Antes da experiência italiana, ocorreu no Reino Unido uma experiência considerada uma das revoluções psiquiátricas mais importantes da história da saúde mental, a das Comunidades Terapêuticas. No entanto, as Comunidades Terapêuticas da experiência inglesa em nada tem a ver com as atuais instituições de internação de usuários de drogas.

A experiência libertária liderada por Maxwell Jones incluía todos os atores do ambiente hospitalar: pacientes, enfermeiros, médicos e demais funcionários. A base de funcionamento dessas comunidades terapêuticas eram as assembleias e os grupos. Eles deram voz e voto aos pacientes, e os coletivos conseguiram dar continência e produzir mudanças nos usuários, nos funcionários e nas formas de lidar com as crises.

François Tosquelles, psiquiatra catalão e filho de psiquiatra, conviveu desde muito cedo na sua vida, ao ser preso em hospital psiquiátrico. Combatente da Revolução Espanhola e preso pelos nazistas, descobre a relação entre o manicômio e o campo de concentração. Tosquelles foi para o sul da França onde, inicialmente, trabalhou como enfermeiro e, posteriormente, como psiquiatra. Liderou em Sant-Alban, na região de Lozere, uma experiência que revolucionou a psiquiatria, tornando a instituição segregacionista numa experiência baseada em empreendimentos coletivos, como as cooperativas de inspiração anarquista e noutra relação com a cidade.

O nascimento da *arte bruta* e muitas inovações ocorreram em Sant-Alban, mas, fundamentalmente, a experiência inaugurou um novo tipo de relação entre o hospital e a cidade (GALLIO; CONSTANTINO, 1993).

A Psicoterapia Institucional de forte inspiração psicanalítica e de ação política combativa frente ao nazismo e o fascismo protagonizou uma verdadeira comoção institucional: nas torres do velho palácio,

onde eram trancafiados os pacientes “agressivos”, foram asilados militantes comunistas perseguidos pelo exército alemão. Em Sant-Alban, Georges Canguilhem, que se alojou com sua família, escreveu os últimos capítulos de *O normal e o patológico*, um dos maiores livros de filosofia da medicina.

Sant-Alban era literalmente atravessado pelos camponeses e moradores da região. Além de conectar a vida institucional com o território, a Psicoterapia Institucional revolucionou o modo de entender a crise e de operar com ela. Para os seguidores da Psicoterapia Institucional a crise não manifesta uma enfermidade oculta, mas é uma tentativa de cura.

Inúmeras inovações ocorreram em Sant-Alban. Segundo o psicanalista Christophe Dejours, além da Psicoterapia Institucional, foram inventadas a Psicopatologia do Trabalho (Louis Le Guillant) e a Psiquiatria de Setor (Lucien Bonafé e Julian de Ajuaguerra).

A Psicoterapia Institucional foi continuada em Laborde e produziu um modo instigante de entender e conviver com a psicose. No entanto, a clínica de Laborde não se transformou em política pública. A psiquiatria francesa se manteve hospitalocêntrica, tendo em vista que na França foi criada a Psiquiatria de Setor, que atende nas diversas regiões do país os casos de menor gravidade e os casos mais graves, encaminhados para os hospitais psiquiátricos. A Psiquiatria de Setor não se propunha a substituir o hospital; os serviços eram em grande medida complementares e não substitutivos.

A outra Revolução Psiquiátrica que produziu um modo totalmente novo de lidar com as crises foi a Psiquiatria Democrática. Ao fechar o hospital de Gorizia, produziu uma ruptura do paradigma psiquiátrico, criou serviços que substituíram o hospital e ainda introduziu o conceito de Cidadania no centro da clínica.

Como disse Guattari, os italianos elevaram a caráter ontológico o conceito de Cidadão. Antes de serem psicóticas, neuróticas ou toxicômanos, as pessoas são cidadãs.

De toda maneira, em todas as experiências citadas e as realizadas no Brasil, há uma característica em comum que poderia ser enunciada assim: em vez de conter e abafar as crises, podemos escutar, acolher, cuidar e colocar em crise as instituições de sequestro.

1.1.1 A passagem ao Território e a emergência do conceito de Rede Substitutiva: a Psiquiatria Democrática e as experiências brasileiras

A partir do ano 1971, em Trieste, na Itália, se deflagrou e se desenvolveu, de forma mais radical e original, a substituição do paradigma psiquiátrico, e não simplesmente a melhoria dos serviços ou a transformação de uma instituição iatrogênica em instituição terapêutica, como foram as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional.

Basaglia, depois da desmontagem do manicômio de Gorizia, afirmou que era preciso colocar a doença entre parênteses, para que se pudesse tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam sofrimentos.

Essa experiência, como já foi dito, promoveu uma ruptura do paradigma psiquiátrico e trouxe mudanças no trabalho que, a partir de então, iria ser desenvolvido nos Centros de Saúde Mental Territoriais. Essa nova prática operou mudanças no modo como a crise era atendida. O enunciado de Basaglia só foi possível de ser colocado em prática porque o manicômio foi fechado e substituído por serviços territoriais.

Saiba Mais



Território, do ponto de vista conceitual, não se reduz ao espaço físico. Ele se compõe de fluxos que incluem movimentos de territorialização e desterritorialização, de repetições que organizam e constituem o território existencial. Como exemplo, uma canção de ninar cria o território de uma mãe e seu bebê, ou uma rádio ou televisão ligada constituem o território doméstico e dos interlocutores invisíveis com os quais toda pessoa dialoga (deuses, pagés, sacerdotes, etc.). Em saúde mental operamos com um conceito que articula território geográfico e território existencial. Daí a potência de cuidar das pessoas nos territórios onde elas vivem. Para aprofundar, consulte: GUATTARI, Félix. *Caosmose - um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992.

O profissional de saúde mental – e não somente o psiquiatra – não é mais um leitor de um quadro: um esquizofrênico, paranoico ou catatônico, um psicótico ou um neurótico ou um perverso, mas deve enxergar uma pessoa com biografia, familiares, comunidade, amigos, projetos e tentativas mais ou menos explosivas ou deliradas de restituir ou transformar sua existência. A crise é cuidada em processos longitudinais inseridos no território geográfico e no território existencial, onde pessoas existem (GUATTARI, 1990; 1992).

A produção de saúde mental se tornou, logo, eficaz com a mudança dos quadros cronificados nos velhos hospitais psiquiátricos. O modo de atender e cuidar das crises se tornou muito mais complexo.

Na Itália foi promulgada a famosa Lei 180, ou lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, em 13 de maio de 1978. A Lei 180 prescreveu, em território nacional, a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços territoriais.

A Psiquiatria Democrática, embora sofrendo críticas e resistências, influenciou as Reformas Psiquiátricas e o modo de praticar a saúde mental em plano mundial. A Organização Mundial de Saúde foi transformando em diretrizes muitas das invenções operadas pelos italianos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

2 No Brasil foram realizadas experiências de transformação. Seria injusto citar só algumas, mas destacamos para exemplificar a da *Comunidade Enfançe*, liderada em São Paulo por Osvaldo Di Loreto, e a experiência de regionalização preventivo-regionalizada, liderada por Luiz Cerqueira, nome com o qual foi batizado o primeiro CAPS do Brasil. No Rio de Janeiro, a comunidade terapêutica liderada por Oswaldo Santos exemplifica outras experiências pontuais.

Segundo **Luiz Cerqueira**², o Brasil chegou a ter mais de 100.000 leitos hospitalares nos anos 80 (CERQUEIRA, 1984). Nos anos 60, e mais fortemente na década de 70, foram construídos hospitais psiquiátricos estaduais, federais e filantrópicos que vieram a escrever tristes páginas da história da psiquiatria brasileira, com seus quadros de horror e abandono.

Nos anos 80, foi desenvolvida uma Reforma Psiquiátrica fundada em atendimento nos ambulatorios de saúde mental e nas equipes mínimas alocadas nos Centros de Saúde. A tentativa de reforma requalificou o atendimento prestado nos ambulatorios, de saúde mental. Instituiu-se o atendimento em grupo e outras iniciativas que transformaram os velhos ambulatorios que mais pareciam farmácias, e que não atendiam, com honrosas exceções, as crises e os pacientes mais difíceis. Quanto aos Centros de Saúde, a maioria encaminhava para os hospitais psiquiátricos, por não terem condições de suportar as crises.

Essa experiência era fundamentada na Psiquiatria Preventiva, isto é, em uma concepção *preventivista*, que foi criticada oportunamente, com o intuito de superá-la (LANCETTI, 1989).

O resultado da experiência, que serviu para esgotar um modelo, foi o aumento do número de leitos, e não sua diminuição. Dessa forma,

a experiência de Santos foi uma ruptura a respeito do que se tinha tentado até então, com a criação de instituições que substituíssem o hospital psiquiátrico.

Em 3 de maio de 1989 foi feita a famosa intervenção na Casa de Saúde Anchieta, único hospital psiquiátrico de Santos, depois de denúncias de mortes e maus tratos, que até então eram naturalizadas. Esta intervenção baseou-se no princípio constitucional de que a Saúde é direito do cidadão e dever de Estado, promulgada pela Constituição de 1988.

Foi uma verdadeira batalha jurídica para sustentar a presença da equipe interventora e uma batalha sanitária para cuidar dos quase 500 pacientes que ali estavam. Houve uma comoção institucional, pois todos os espaços-tempos institucionais foram alterados. Foram fechadas as celas fortes já na primeira noite, foi mudada a circulação dentro do hospital, feita revisão de caso por caso e introduzido um alto índice de coletivização das experiências, assembleias, grupos dos mais diversos tipos, como terapêuticos, de passeio, de familiares, de arte, de produção constante de autonomia e criação de inúmeros projetos.

O conceito de **Território**³ estava presente desde o primeiro dia da intervenção. Foi colocado um mapa da cidade na porta do manicômio (Casa de Saúde Anchieta) para que todos os implicados pensassem no território, mesmo que inicialmente, geográfico.

3 Milton Santos disse que o espaço geográfico é uma ideia banal e que o território é composto de fixos e fluxos (SANTOS, 1988). Logo, a questão do território como combinação de fixos e fluxos foi experimentada no hospital Anchieta: as equipes se agrupavam com seus pacientes em enfermarias correspondentes a cada uma das áreas da cidade.

4 NAPS, nascidos literalmente substitutivos, funcionando 24 horas por dia nos sete dias da semana. Foram criadas duas emergências psiquiátricas, alocadas em dois Prontos-Socorros, para atender não só emergências e crises, mas também urgências clínicas que requeriam rápida intervenção médica.

A colocação em crise da instituição asilar fez com que constatássemos que o processo de desconstrução manicomial era inerente ao processo terapêutico e as transformações na vida dos usuários e trabalhadores de saúde mental. As equipes se articulavam e, quando suficientemente fortalecidas, saíam do hospício junto com seus pacientes para criar os **Núcleos de Apoio Psicossociais – NAPSS⁴**.

Em 1994 a atenção em saúde mental e toda a mobilização social e cultural fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômio.

Foram criadas as primeiras moradias para pacientes crônicos, gestadas também de dentro do hospital e com intervenções de arte, protagonismo de usuários e ações culturais, como o grupo de arte TAM TAM. Com isto o espaço de isolamento, o tempo inerte institucional e o modo de abordar a crise foi plenamente violentado, desconstruído e transformado.

A irrupção psicótica não foi mais abafada. Ao contrário, o que foi colocado em crise foi o paradigma psiquiátrico e o modo de acompanhar e explorar o sofrimento e organizar sempre um norte, uma cartografia, para o desenvolvimento dos depois chamados Projetos Terapêuticos Singulares.

No que tange à crise, ela parou de ser tratada como *doença abstrata*. Passou a ser cuidada de maneira longitudinal, processual e sempre em relação.

1.1.2 Experiências de cuidar da crise no território na perspectiva da reforma psiquiátrica

Outra experiência importante para desbravar a atenção à crise no território foi o Projeto Qualis/PSF. Em 1997, o SUS não havia sido instituído na cidade de São Paulo. Na gestão do ex-prefeito Paulo Maluf foi criado o PAS (Plano de Assistência à Saúde), baseado em cooperativas

médicas e orçamento municipal, já que o PAS era um programa que funcionava fora do Sistema Único de Saúde. Esse Programa coexistia com uma rede estadual sucateada (LANCETTI, 2001).

Na saúde mental ainda não tinham sido implantados os CAPSs, com exceção do CAPS Luiz Cerqueira, o famoso CAPS da Rua Itapeva, próximo da Avenida Paulista, em São Paulo, primeiro do gênero. Ainda existiam os ambulatorios de saúde mental, algumas poucas equipes mínimas atuando em Centros de Saúde, poucos Centros de Convivência (CECCOSs) situados em parques da cidade e alguns Hospitais-dia.

O professor Adib Jatene, que já tinha sido Ministro da Saúde por duas vezes, conseguiu, por instrumento legal, que uma parte dos recursos financeiros e que não chegavam à cidade de São Paulo, fossem destinados a dois Projetos: o Projeto Qualis I, que foi implantado em 1997 na zona leste da cidade e o Projeto Qualis II, que foi implantado em duas áreas problemáticas da cidade; a região de Sapopemba, na região sudeste e Vila Nova Cachoeirinha, na região norte.

As duas regiões contavam com um ambulatório de especialidades onde trabalhavam médicos de 14 especialidades, mas entre seus quadros, propositadamente, não foram incluídos psiquiatras, para que não se formassem as famosas filas de espera, diminuindo a potência desses profissionais.

A metodologia criada para cuidar das pessoas previa atender em primeiro lugar os casos que oferecessem maior risco de morte ou de sofrimento intenso, isto é, os mais graves, seja por eclosão psicótica, violência intrafamiliar ou comunitária e/ou uso abusivo de drogas.

Para instituir o Programa de Saúde Mental foram utilizados os seguintes dispositivos:

O primeiro passo foi capacitar os Agentes Comunitários de Saúde por intermédio de três encontros de sociodramas. No primeiro encontro,

eles construía uma família com problemas mentais, visitavam-na e tentavam ajudá-la. No sociodrama passávamos as primeiras noções de postura frente às situações criadas dramaticamente. No final do exercício, entregávamos um Guia de Saúde Mental do ACS. No segundo encontro, processávamos o sociodrama anterior e discutíamos o Guia. No terceiro, escolhíamos as famílias mais graves e combinávamos uma intervenção no domicílio, às vezes, de comum acordo com os usuários.

Nos passos posteriores foram capacitados os médicos, os enfermeiros e os gerentes de unidades e, finalmente, os especialistas médicos que atuavam nos ambulatórios de especialidades.

Com a ida dos profissionais aos domicílios, onde eram escolhidas pessoas pela iminência de maior risco, começaram a aparecer casos de alta complexidade, situações de violência, de surtos psicóticos, de prisão domiciliar e de ameaça por dívida aos traficantes. Assim, foram criadas duas equipes de saúde mental volantes, que não tinham consultório, nem realizavam atendimento ambulatorial clássico nem visitas domiciliares clássicas. Todos os casos eram atendidos em parceria com as Equipes de Saúde da Família.

Na época, em 1997, com os primeiros passos do SUS, sem CAPS, também não havia possibilidade de trabalho em rede com outras secretarias como as da assistência social, cultura, esportes, entre outras.

Quando era impossível tratar uma pessoa que oferecia sérios riscos de morte, alguns pacientes eram internados em hospitais psiquiátricos. Porém, as equipes conseguiam acordo com a Secretaria Municipal de Saúde para que esses pacientes não passassem pela central de vagas da cidade. As equipes conseguiam a vaga e acompanhavam os pacientes até os hospitais, mantinham contato com os profissionais dos hospitais psiquiátricos, discutiam as condutas, a medicação e preparavam em conjunto a alta e o retorno à comunidade.

As redes eram, por assim dizer, inventadas, com parcerias pontuais com os mais variados recursos escondidos da comunidade (SARACENO, 1999).

Pelo fato de priorizar os casos mais graves, as crises eram atendidas pelas Equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, com a colaboração de vizinhos, organizações não governamentais, conselhos tutelares e centros de defesa dos direitos da criança.

Certa vez, uma jovem mulher estava em agitação psicomotora, perturbando sistematicamente a comercialização de drogas da região. A equipe conseguiu interná-la num hospital psiquiátrico de um município vizinho, mas a mulher escapou do hospital. As Equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental conseguiram negociar com os traficantes, explicando a situação, e eles se encarregaram de cuidá-la, inclusive cuidando da medicação durante os fins de semana.

Outro exemplo é o de uma ACS que atendeu sozinha uma tentativa de suicídio de uma senhora e seus filhos. A senhora estava prestes a ingerir iscas de Racumin (o conhecido veneno para matar ratos) e dá-las a todos os seus filhos. A ACS apanhou o veneno das mãos da senhora e a escutou: a mulher tomou a decisão depois do assassinato do marido, de perder o emprego e de receber ordem de despejo por falta de pagamento. A ACS não recebeu apoio do médico de família, nem do Conselho Tutelar, e foi tecendo uma rede de apoio com as vizinhas, a dona do pequeno supermercado local, que doou cesta básica por meses, a conversa com o dono da casa onde morava a paciente e seus filhos, que suspendeu o pedido de despejo e, na semana seguinte, conseguiu emprego para senhora. Ela teceu, literalmente, uma rede consistente que operou satisfatoriamente (LANCETTI, 2006).

Esse e outros exemplos mostraram como as Equipes Volantes de Saúde Mental, associadas com as Equipes de Saúde da Família atendiam as crises com o critério de fazer corpo a corpo e dispor dos recursos da organização sanitária e dos recursos da comunidade.

Em muitas ocasiões quem ia acompanhado ou não a um domicílio ou ao bairro para dar continência a uma pessoa ou um grupo familiar era o Agente Comunitário de Saúde, pois era ele que possuía maior vínculo de confiança. Como o critério de prioridade era o do maior risco, começou também a intervenção em situações críticas como de uso abusivo de drogas, especialmente drogas ilícitas.

Nessa experiência foi ensaiada a metodologia da Redução de Danos, especialmente em casos de dívida por drogas e também em casos menos urgentes. Existiram alguns casos de ACSs que conseguiram suspender ameaças de morte de pacientes endividados com traficantes.

O princípio ético que orientava as ações era o de defensores da vida, sem participar dos conflitos ocorridos na comunidade, como brigas de gangues ou brigas familiares ou entre famílias, sem nunca denunciar à Polícia.

Essa situação, com o decorrer do tempo de funcionamento, permitiu uma ascendência afetiva sobre todos os moradores da região e, com essa autoridade, o ACS poderia solicitar perdão, pois tanto o ameaçado como o ameaçador e suas famílias eram cuidados pelas Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Saúde Mental.

Essas e outras experiências mostraram que mesmo incompletas, e apesar das deficiências institucionais, foi possível atender as crises em relação e sem respostas automáticas e burocráticas.

Essas experiências e outras acontecidas no Brasil foram desenhando, de maneira prática, outra maneira de entender a crise.

A palavra crise, *krísis* em grego, significava na sua origem momento de decisão, de mudança súbita, separar, decidir, julgar. Na história da medicina, segundo antigas concepções constituíam um momento decisivo para evolução de uma doença para cura ou para morte.

Para os chineses significa, ao mesmo tempo, perigo e oportunidade (COROMINAS, 1976; HOUAISS, 2001).

Em japonês a palavra crise se expressa com dois ideogramas 危機. O primeiro significa sério, perigo; o segundo, oportunidade. No caso das crises psíquicas, sempre o desarranjo, o alvoroço, o desespero, as vozes ou visões ou a eclosão psicótica expressam também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e comunitário. Na saúde mental os sintomas não se amputam, eles se desenvolvem e devem ser suportados processualmente e sempre em relação. As crises psíquicas são suportadas, na sua grande maioria, pelas igrejas, terreiros e outras formas culturais. Somente uma parte delas é tratada pela psiquiatria.

Muitos atores podem ser acolhedores de pessoas em crise: médicos de família, agentes de saúde, enfermeiros, entre outros. Assim como outros recursos da comunidade, vizinhos, organizações não governamentais, igrejas, e não apenas os profissionais especialistas.

O modo como se opera frente as crises, que manifestam sempre sofrimento psíquico persistente, muitas vezes associadas à diversas comorbidades, é decisivo para a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica.

Tradicionalmente denominadas urgência-emergência pela medicina, se interpretadas de modo desconexo com as relações que as pessoas possuem e suas biografias, são a porta da entrada de muitas pessoas no circuito psiquiátrico, provocando as consequências já elencadas, como ruptura de relações, interrupção das potencialidades terapêuticas, sequestro social e institucionalização. Justificando as internações involuntárias e a simplificação da complexidade de cada subjetividade e a consequente diminuição da cidadania.

Nesse contexto, outra experiência importante, para compreender a superação do paradigma manicomial, no que tange ao atendimento

das crises, foi o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) da Prefeitura de Belo Horizonte, instituído em 2006 (SOUZA, 2010). Esse serviço foi sendo construído desde 2003 com o “Projeto de Hospitalidade Noturna” que visava a ampliar e fortalecer a Rede de Saúde Mental.

Desde o ano de 1993, a rede de Belo Horizonte foi sendo construída, com muita participação de usuários, mobilização social e vários debates, ocorridos em fóruns específicos sobre a Política de Saúde Mental Nacional e em Minas Gerais.

A velha ideologia da periculosidade e a naturalização da internação foram combatidas enquanto iam sendo criados os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), que equivalem aos CAPSs.

Em 2003 havia, em Belo Horizonte, dois CAPSs III, cinco CAPSs II e foram criados leitos para pernoite e, posteriormente, o SUP, que atuava com equipes multidisciplinares em rede com o SAMU. Uma Unidade Móvel de Suporte Avançado operava em parceria com a hospitalidade noturna implantada em todos os CERSAMs, ou seja, foi criada uma rede para dar atendimento às crises. Estas experiências não foram as únicas e demonstraram que é possível atender a crise em rede e no território.

Antes de avançarmos para a Política Nacional de Saúde Mental convém ressaltar que vários municípios brasileiros não dispõem de serviços como CAPS, Consultórios na Rua, Residências Terapêuticas e Unidades de Acolhimento SAMU, UPA e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

As redes, completas ou incompletas, podem ser frias e burocráticas ou quentes e tramadas de maneira a suportar e serem dispositivos de processamento das crises e, fundamentalmente, uma ampliação da comunicação e do compartilhamento dos saberes e do corpo a corpo. Também podem levar a pensar e operar no sentido do processo de produção de cidadania, as condições de moradia, de trabalho, de lazer,

bem como as possibilidades artísticas e culturais para produção de singularidades mais livres e mais autônomas.

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As práticas citadas foram exemplos de experiências acontecidas no Brasil durante o processo de construção da atual Política Nacional de Saúde Mental. Mas não foram as únicas. Em muitas localidades do território nacional, durante as décadas de 80 e 90, antes mesmo da promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), foram realizadas experiências de desinstitucionalização. Como referimos anteriormente, o Brasil chegou a ter 100.000 pessoas internadas em manicômios, o que significou um esforço de peso e uma significativa mobilização social.

Como já afirmamos, a Reforma Psiquiátrica brasileira alimentou-se de experiências europeias, das experiências municipais brasileiras e dos conceitos de direito e cidadania, gestados no combate à ditadura militar. Sua consolidação em Política de Estado foi fruto de uma ampla mobilização de usuários, familiares e trabalhadores de saúde. Foram realizadas quatro Conferências Nacionais que implicaram em debates municipais, estaduais e nacionais.

A garantia de direitos e a produção da cidadania das pessoas que sofrem de transtornos mentais e dos que fazem uso de substâncias psicoativas são os eixos centrais da Política de Saúde Mental Brasileira.

O objetivo fundamental é o exercício da cidadania das pessoas com sofrimento mental, incluídos os usuários de drogas lícitas e ilícitas, provocando a criação de serviços abertos, com participação de usuários e familiares e formando redes de atenção acopladas a redes de saúde e de redes com outras políticas públicas: moradia, educação, cultura, trabalho, entre outras.

Embora faça parte do Sistema Único de Saúde, a saúde mental, como política e como práxis, procura a abertura para a diversidade, a intersectorialidade e para a própria sociedade.

De outra parte, também na década de 90 foram aprovadas leis estaduais e outras ações sócias como o próprio Movimento da Luta Antimanicomial e o acontecimento de diversas mudanças no campo da cultura.

Depois de mais de 10 anos de debates e tramitação no Congresso Nacional, em 2001 foi promulgada a lei 10.216 que, embora muitas vezes nos dias de hoje seja evocada pela sua excepcionalidade, isto é, pelas internações involuntárias e compulsórias, afirma como conceito fundamental o direito de cidadania das pessoas com sofrimentos mentais, reformula o modelo assistencial e o modo de produzir saúde mental.

1.2.1 Saúde Mental como Política de Estado

No início da década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), o arcabouço de práticas de transformação da psiquiatria asilar, dos movimentos sociais, das experiências de desinstitucionalização e garantia de direitos as pessoas com transtornos mentais alcançam o *status* de Política de Estado fundamentadas na Lei Federal 10.216.

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei 10.216 assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS, o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que por isso deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, portanto, sem excluí-los do convívio na sociedade. O texto da Lei destaca os seguintes direitos dos usuários do SUS:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
- II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade, ou não, de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Pela Portaria GM/MS 3088/11 (BRASIL, 2011a) as Redes de Atenção Psicossocial (RAPSS) são definidas como uma das redes que passam a integrar, oficialmente, em todas as regiões de saúde, o Sistema Único de Saúde. As RAPSS são compostas por serviços de base territorial, que funcionam de portas abertas e estão localizadas onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais que as pessoas frequentam: igrejas, terreiros, lojas, escolas, polícia, unidades de saúde.

Esse território não se reduz a espaço geográfico. Por eles circulam os afetos, neles estão tramados os laços sociais e deles depende o modo como as pessoas temporalizam suas existências, seus modos de interpretar suas existências e suas crises. Denominamos a esse conjunto de elementos articulados Redes Sociais, e nela ou em relação a elas é que deve ser desenvolvido o cuidado. Dessa forma, o cuidado se torna mais potente, ativando essas redes nos territórios e nas comunidades,

buscando incluir, sem estigmatizar, a loucura e sua diversidade, bem como aqueles que usam drogas de maneira esporádica ou compulsiva.

As RAPSs não estão alinhadas com as filosofias proibicionistas que propõem a internação, voluntária ou involuntária, como início do tratamento, e que colocam a abstinência como fundamento único do tratamento.

O que está preconizado para saúde mental no âmbito do SUS é a construção de uma Rede de Atendimento diversa, que possa ofertar diferentes alternativas para situações igualmente diversas e complexas. Evidentemente, o mercado negro e a produção de drogas adulteradas não estão sob o nosso controle, mas nós podemos reduzir os danos construindo uma rede de atendimento, podemos oferecer uma rede de cuidados que propicie transformações subjetivas e diretos de cidadania.

A evolução da ética no cuidado, resultante da Reforma Psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, e está alinhada com diretrizes internacionais sobre o tema. A UNODC (escritório das Nações Unidas para o crime e as drogas) definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga, ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição de liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário.

A importância da atuação no território e dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressas na Lei 10.216 e nos princípios da RAPS, devem ser vistas como princípios para o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da droga. A RAPS inclui um ponto de atenção para internações breves motivadas principalmente por urgências clínicas, os leitos de saúde mental em Hospital Geral. A RAPS também

oferece possibilidades de acolhimento imediato e breve (leitos em CAPS 24 horas) em situações de crise ou de grande vulnerabilidade. Mas no médio e longo prazo, é preciso considerar que os territórios existenciais e os laços sociais das pessoas que fazem uso de drogas são mais diversos do que um retrato momentâneo do usuário pode fazer supor. Eles não estão apenas ligados ao universo da droga, e por isso não devem ser desconsiderados em seu cuidado. O trabalho do cuidado está justamente em (re)encontrar, se possível com família e amigos, os espaços de inserção e de trocas sociais que a droga inibiu ou encobriu. E esse não pode ser um processo solitário, realizado em reclusão, ainda que algum tipo de proteção deva ser oferecida, como no caso dos serviços residenciais de caráter transitório da RAPSs. Ele deve ser um movimento assistido de (re)aproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte, entre outros) que podem criar sentido na vida de qualquer pessoa.

É isso que aumenta a sustentabilidade dos ganhos obtidos com o tratamento, saindo do ciclo de altos e baixos (abstinência na internação intercalada com uso descontrolado na alta) que tanto caracteriza o usuário de drogas como o crack, por exemplo (BRASIL, 2011b). É razoável imaginar que esses movimentos de reinserção serão tão mais bem sucedidos quanto mais livres e, por isso, diversos e autênticos são os caminhos escolhidos.

É verdade que a associação do uso prejudicial e, sobretudo, precoce da droga, com uma condição de miséria extrema pode exigir um trabalho de (re)inserção social mais abrangente, intensivo e prolongado. Esse trabalho não deixa de ser, no entanto, fundamentalmente realizado nos espaços sociais de troca e criação de laços, nos espaços de exercício da cidadania. Portanto, ele não pode ter na exclusão da comunidade seu princípio orientador.

A situação de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas não é diferente, particularmente quando esse uso está combinado com miséria extrema e abandono familiar. Nesses casos, fica evidente que

é a miséria e o abandono que precedem o uso da droga. Portanto, é na garantia dos direitos dessas crianças e adolescentes, da saúde à educação, como determinado no Estatuto da Criança e do Adolescente, que devem ser investidos os esforços de ações abrangentes de proteção e cuidado.

Aspectos legais da internação em saúde mental

O artigo 4º da Lei 10.216 afirma que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Ou seja, a internação em saúde mental nunca deve ser a primeira opção no tratamento das pessoas que sofrem por conta de transtornos mentais, incluindo a dependência a substâncias. E a internação involuntária fica restrita às situações de risco iminente de morte para o usuário, a partir de avaliação direta de um médico e com autorização da família ou responsável legal. Seu caráter de excepcionalidade fica evidenciado na Portaria GM 2.391, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle dessas internações e sua notificação ao Ministério Público por todos os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao SUS.

Assim, são três os tipos de internação psiquiátrica definidos na legislação brasileira:

I - internação voluntária: o próprio usuário solicita ou consente com sua internação e tem o direito de pedir a qualquer momento a sua suspensão.

II - internação involuntária: acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Nesse caso a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando ocorrer a alta. Nesse caso, a família tem direito a pedir a suspensão da internação a qualquer momento.

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

No espírito da Lei 10.216, a internação compulsória deve ser aplicada à pessoa com transtorno mental que comete um delito, ou seja, sua aplicação está restrita às pessoas que, tendo cometido um delito, foram julgadas por esse delito e consideradas inimputáveis pela sua condição de saúde mental pelo Sistema Judiciário. Nesses casos, ao invés de cumprirem pena, essas pessoas são submetidas a uma medida de segurança. A medida de segurança traduz-se em tratamento compulsório, que pode ou não incluir internação. A modalidade do tratamento compulsório deve partir de uma avaliação completa por profissionais de saúde mental e seguir as mesmas diretrizes expostas pela Lei 10.216.

O tema da internação motivada pelo uso da droga no Brasil adquiriu um relevo sem paralelo no contexto nacional e internacional e, como vimos, não encontra suporte na legislação que orienta a Política de Saúde Mental no país. A defesa da internação para usuários de drogas, como política prioritária, particularmente quando involuntária, parte de uma premissa contraditória que tira a liberdade de adultos, crianças e adolescentes, que não cometeram delitos passíveis de prisão, para supostamente garantir sua cidadania.

O recurso à internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, não deve nem pode pretender suprir o desafio que nossa sociedade tem de garantir às pessoas fragilizadas pela droga, pelos transtornos mentais e pela miséria o direito de exercer sua cidadania.

A publicação da Portaria GM/MS nº 3088, de 26 de dezembro de 2011, veio normatizar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pelo Decreto Presidencial 7508/2011. Nela, estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no país para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede conforma-se na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas, pessoas e variados espaços das cidades.

Para a organização desta rede, a noção de Território é especialmente orientadora. O Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no Território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no Território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nascida com a redemocratização e a Reforma Sanitária que levaria à construção do SUS, a Reforma Psiquiátrica é parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde e a todos os que perdem a saúde, o direito à cidadania. Portanto, não é por acaso que saúde e cidadania são indissociáveis.

A política de saúde mental compartilha com as práticas de redução de danos e com a tradição da ética médica o mesmo princípio fundamental, qual seja, que acima de qualquer juízo moral sobre comportamentos e crenças de pessoas em sofrimento decorrentes de transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas, deve estar a defesa da vida e o direito à saúde. Essa é a finalidade última do cuidado clínico ao usuário/paciente. Esse é o objetivo das políticas públicas que articulam esse cuidado para a construção e garantia da cidadania.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; LANCETTI, A. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-FIOCRUZ, 2009.

BASAGLIA, F.; ONGARO, F. (Org.). **Los crimines de la paz**: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores da opresión. Espanha: siglo XXI editores, 1977.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL. Senado Federal. **Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack, compromisso de todos**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011b. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329302.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica** – a idade de ouro do alienismo. Petrópolis: Vozes, 1977.

COROMINAS, J. **Breve diccionario etimológico de la lengua castellana**. Madrid: Gredos, 1976.

- DELEUZE, G. **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: ed. 34, 1992.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir** – história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GALLIO, G.; CONSTANTINO, M. François Tosquelles: a Escola da Liberdade. In: _____. **Saúdeloucura 4**. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. In: _____. **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- GUATTARI, F. **Caosmose – um novo paradigma estético**. São Paulo: 34 letras, 1992.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: _____. **Saúdeloucura 1**. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: _____. **Saudeloucura 7**. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2007.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- SANTOS, M. **Metamorfose do espaço habitado**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SOUZA, P. J. de C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: LANCETTI, A.; CAMPOS, F.A. . (Org.) **Saúde e loucura 9** - experiências da reforma. São Paulo, 2010.



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**